

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 mars 1893, à 1 heure

Par VICTOR CHANSON

Né à Bierre-les-Semur (Côte-d'Or), le 3 janvier 1866

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

ESSAI SUR LES RAPPORTS
DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE
ET DE LA SYPHILIS

Président : M. BROUARDEL, professeur.

*Juges : MM. { BALLET, professeur.
 { JOFFROY, NETTER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1893

128

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 mars 1893, à 1 heure

Par VICTOR CHANSON

Né à Bierre-les-Semur (Côte-d'Or), le 3 janvier 1866

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

ESSAI SUR LES RAPPORTS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE LA SYPHILIS

Président : M. BROUARDEL, professeur.

*Juges : MM. { BALLET, professeur.
 { JOFFROY, NETTER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULEBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLEST	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILÉAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	RETTÉTER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ÉMINENT MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

Doyen de la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine et de l'Institut
Commandeur de la Légion d'honneur

Hommage de profonde reconnaissance.

Je prie les Maîtres dont le précieux enseignement a dirigé mes études médicales :

M. le professeur JACCOUD, MM. les docteurs BUDIN, DERUYE, JOFFROY, MOTTET, PEYROT, PETIT, POTERAT et REGNAULT, de vouloir bien accepter le témoignage de ma respectueuse gratitude.

Je remercie tout particulièrement M. le D^r JOFFROY d'avoir bien voulu m'aider de ses conseils dans l'exécution de ce travail.



HISTORIQUE

Les anciens auteurs ont entrevu qu'il pouvait exister des rapports entre la syphilis et certains troubles cérébraux; mais l'histoire des folies dites spécifiques ne date vraiment que de la première moitié de ce siècle.

Benjamin Ball, Esquirol, Ferrus, Lallemand, Schützemberger, Ricord, Rayet, Beau, Briquet, Gibert, Trousseau, ont consacré par l'autorité de leur nom les folies et les névroses liées à la syphilis.

Au point de vue de la paralysie générale qui nous occupe tout spécialement, faisons une mention particulière pour Lallemand qui admet en 1834 une méningite et une encéphalite syphilitiques, et Bedel qui, en 1851, divise les lésions spécifiques du cerveau en directes et indirectes.

Avec Esmark et Jessen (1857), qui affirment que la vérole est toujours la cause de la paralysie générale, nous entrons tout à fait dans l'historique de notre sujet.

Nous voudrions tâcher de donner à cet historique une forme aussi simple et aussi claire que possible,

chose difficile à obtenir dans une exposition suivie, pour peu que le nombre des auteurs soit grand et leurs opinions nuancées ; car on se trouve fatalement entraîné, ou à des rapprochements forcés, ou à des redites inutiles.

Il nous paraît bien préférable de faire une sorte de notice bibliographique, dans laquelle nous indiquerons en les classant artificiellement, par pays et par année, les principaux travaux publiés sur la question, sans chercher à grouper tous les auteurs, suivant les diverses opinions émises, chose qui sera d'ailleurs faite plus loin, pour les principaux d'entre eux. Chaque travail cité sera accompagné d'une indication bibliographique, permettant au lecteur de se reporter aux sources, s'il le juge à propos.

OUVRAGES DE LANGUE FRANÇAISE.

Hildenbrandt (*Rapports de l'aliénation mentale et de la syphilis*, thèse de Strasbourg, 1859). L'auteur admet que la vérole agit : 1° en viciant le sang ; 2° en attaquant le crâne et les méninges ; 3° en attaquant directement le cerveau.

Lasègue disait en 1861 : « Il y a une paralysie générale type et des états paralysoïdes ; il n'y a donc pas de paralysie générale syphilitique ; il peut y avoir et il y a des pseudo-paralysies générales qui en imposent ; jamais dans aucun cas, ce ne sont

des paralysies générales type. Quant au diagnostic, il est impossible; aucun moyen, aucun signe ne permettent de trancher la question, de différencier le délire et d'autoriser à déclarer que tel individu est paralytique parce qu'il est syphilitique. »

Zambaco (*Des affections nerveuses syphilitiques*, Paris, 1862), dit que « la syphilis du cerveau peut déterminer une paralysie générale du mouvement, avec aliénation de l'intelligence, paralysie ressemblant à s'y méprendre à la folie paralytique. »

Renaudin (*Annales médico-psychologiques*, 1863), publie une observation due à Wirchow. C'est une des premières observations avec autopsie, dans lesquelles la syphilis est nettement accusée d'avoir produit les symptômes de la paralysie générale.

Lancereaux (*Gaz. hebdomadaire*, 1873). « La paralysie générale progressive, telle que l'ont décrite les médecins français, n'est jamais, comme l'ont pensé quelques auteurs, un effet de la syphilis, dont le caractère dans sa phase avancée, est de se traduire invariablement par des lésions uniques ou multiples, mais limitées, toujours partielles et peu étendues. »

D'après Huguenin (*Zurich*, 1875), un certain nombre de démences paralytiques auraient pour origine la méningite chronique déterminée par la syphilis.

Jaccoud (*Pathologie interne*, 1877), au chapitre de l'étiologie de la paralysie générale, note la syphilis au nombre des causes de la périencéphalite secondaire; mais il ajoute : « A ce sujet, il convient de

signaler, pour la repousser, l'étrange affirmation de Kjelberg, qui a prétendu que la maladie ne se développe jamais dans un organisme complètement indemne de syphilis, soit héréditaire, soit acquise.»

Luys (*Société médicale des hôpitaux*, 12 avril 1878). L'auteur n'admet pas que la syphilis ait une action spéciale sur la genèse de la paralysie générale; l'hérédité pour lui est le facteur tout puissant.

Saucet (Thèse de Paris, 1878), donne huit observations de paralysie générale chez des syphilitiques. Il appelle l'attention sur l'évolution spéciale qu'il a constatée dans ces cas et qui reconnaît pour cause la syphilis constitutionnelle. Cette forme revêt les caractères suivants :

Les idées de grandeur, fréquentes au début de la maladie, disparaissent souvent sans retour, après une courte apparition.

On constate surtout un empâtement de la parole.

Les paralysies partielles et incomplètes des muscles moteurs de l'œil droit surtout, sont relativement fréquentes.

L'évolution de la paralysie générale syphilitique est très lente et tient surtout à l'existence constante des rémissions.

Fournier (*La syphilis du cerveau*, 1879).

D'après le Professeur Fournier, la syphilis cérébrale peut aboutir à une variété d'aliénation, à laquelle il donne le nom de pseudo-paralysie générale syphilitique. Mais ce n'est pas là, dit-il, de la paraly-

sie générale, et ces faits n'ont avec cette dernière maladie qu'une identité spécieuse, fictive, bien plus apparente que réelle ; il y a là deux types très dissimilaires, et ce qu'on appelle la paralysie générale syphilitique n'est pas la paralysie générale vulgaire.

Il affirme que les deux maladies peuvent presque toujours être distinguées cliniquement l'une de l'autre, repousse l'opinion de Kjelberg et donne le nom de paralysie générale survenue chez des sujets syphilitiques, aux cas qui évoluent chez des malades contaminés, présentant les symptômes classiques de la maladie de Bayle.

La dénomination de pseudo-paralysie générale ainsi entendue, répond plutôt à certains groupements symptomatiques comparables, qu'à un substratum anatomique toujours identique. Le syndrome pseudo-paralytique peut reconnaître pour cause des lésions limitées, des gommes en foyer et aussi des lésions diffuses de méningo-encéphalite dérivant d'un processus syphilitique et pouvant reproduire, à des différences de degré près, le substratum de la paralysie générale. Ces derniers cas eux-mêmes peuvent, d'après l'auteur, se différencier cliniquement.

Nous reviendrons plus loin sur les signes de diagnostic établis par le Maître de la syphiligraphie française.

A. Foville (*Annales médico-psychologiques*, 1879).

« Il y a quelques cas exceptionnels, où des tumeurs

syphilitiques isolées dans les hémisphères cérébraux déterminent un ensemble de symptômes tellement semblables à ceux de la paralysie générale, que le diagnostic différentiel ne peut pas être établi, du moins à l'aide des seuls signes cliniques ». C'est à ces cas que l'auteur attribue le nom de pseudo-paralysies générales.

Quant aux cas dans lesquels il existerait de la méningo-encéphalo-artérite diffuse, dérivant d'un processus directement syphilitique et reproduisant presque trait pour trait le substratum de la paralysie générale, Foville leur refuse le nom de pseudo-paralysies générales et prétend que les signes comparatifs donnés par M. Fournier, sont absolument insuffisants pour établir un diagnostic différentiel.

Lunier (*Annales médico-psychologiques*, 1819), partage l'opinion du professeur Fournier.

Christian (*Société de médecine*), 1880.

D'après cet auteur la syphilis ne jouerait qu'un rôle très accessoire dans la genèse de la folie paralytique. Des diverses opinions émises par les auteurs, M. Christian conclut que : la syphilis est fréquente chez les paralytiques et rien de plus. Il nie l'exactitude de la statistique de Mendel et lui oppose celle de Lewin, d'après laquelle, sur 20.000 vénériens traités à la Charité de Berlin, pas un seul n'est devenu aliéné et pas un seul paralytique.

Depuis 1880, en différentes circonstances, notamment aux *Congrès de médecine mentale* et à la

Société médico-psychologique, M. Christian n'a fait que confirmer son opinion.

Le professeur Ball (*Leçons sur les maladies mentales*, 1880-1883), pense avec Fournier que la syphilis cérébrale peut simuler la plupart des signes de la paralysie générale, mais que les lésions anatomiques qui caractérisent cette maladie sont absolument différentes. D'ailleurs, la pseudo-paralysie générale recule souvent devant un traitement spécifique; il n'en est malheureusement rien pour la paralysie générale vraie.

Charpentier (*Société méd. psych.*, 1883) admet aussi la pseudo-paralysie générale syphilitique.

M. Magnan réplique par une négation formelle de cette entité morbide, et il propose, pour les syndromes considérés, le nom de démences circonscrites ou partielles, préférable selon lui à celui de pseudo-paralysie générale syphilitique.

Legrand du Saulle (*Annales médico-psych.*, 1885).
« La folie syphilitique affecte parfois une grande ressemblance avec la paralysie générale, mais elle s'en distingue toujours par quelques signes plus ou moins marqués, qui permettent d'établir le diagnostic; ce sont ces états qu'on a désignés sous le nom de pseudo-paralysie générale. »

Venot (Thèse de Paris, 1886) considère un certain nombre de cas, dans lesquels il admet l'action de la syphilis comme prépondérante et dominant toute l'étiologie de la paralysie générale.

Vrain (*Paralysie générale à début précoce*, thèse

de Paris 1887). L'auteur fournit quinze observations de paralysie générale précoce et conclut que : dans ce cas, la maladie reconnaît ordinairement pour cause déterminante, un facteur étiologique puissant, tel que l'hérédité, la syphilis, l'alcoolisme, la dégénérescence mentale (héréditaire ou acquise), le saturnisme, les traumatismes, les diathèses.

Dans presque tous les cas, on retrouve, et cela d'une façon manifeste, de l'hérédité de nature congestive. Quant à l'hérédité vésanique qui est assez fréquemment associée à la précédente, elle ne paraît jouer qu'un rôle secondaire dans le développement de la maladie, puisque dans la moitié des cas la première seule était en cause.

Vernet (thèse de Nancy, 1887). « Il existe réellement une paralysie générale d'origine syphilitique, identique à la paralysie progressive, au point de vue symptomatique.

Le traitement spécifique révèle la véritable étiologie de l'affection, puisqu'il est suivi, dans quelques cas, de rémissions d'une durée inusitée permettant de croire à une guérison ; dans les autres cas, il amène presque toujours une réelle amélioration de notable durée.

Marie (*Progrès médical*, 1885-1887 et opinion rapportée in Morel-Lavallée), soutient que si quelque maladie, infectieuse surtout, n'est pas venue porter ses coups, soit primitivement, soit secondairement sur les centres nerveux ou leurs annexes, les héréditaires, les dégénérés, les cérébraux, ne devien-

dront pas plus épileptiques, qu'ils ne seront atteints de paralysie générale, s'ils n'ont pas eu la syphilis.

Mesnet (*Bulletin de l'Académie de médecine et Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1888).

L'auteur estime que la paralysie générale est une maladie nue, à type fixe, indélébile. « Qu'il y ait, dit-il, à côté d'elle, des affections qui en simulent le complexe clinique, oui certes ; mais il y a entre la pseudo-paralysie générale syphilitique, par exemple, et la paralysie générale, la même différence qu'entre la fièvre typhoïde et les états typhoïdes, et la syphilis n'a rien à voir avec la paralysie générale.

Regis (*Gazette médicale de Paris*, 1888).

L'auteur, se basant sur des données de ses statistiques personnelles, conclut que la syphilis est un antécédent extrêmement fréquent de la paralysie générale.

Sur 318 paralytiques de l'asile Sainte-Anne, 30, soit 9, 12 pour 100, sont soupçonnés de syphilis et 21 soit 6, 6 pour 100 sont sûrement contaminés. On est sans renseignement sur les 288 autres malades. Sur 42 malades de la maison de santé de X..., on en trouve 16 dont les antécédents sont connus, dont 12 soit 28 pour 100 syphilitiques. Sur 18 malades de sa clientèle de ville, l'auteur en connaît bien 17 et sur les 17, 13, c'est-à-dire 72 pour 100 sont syphilitiques.

De plus quatre femmes à antécédents bien connus et faisant partie des malades déjà cités avaient eu toutes les quatre la vérole.

Il ressort donc comme conclusions de ce travail :

1° Qu'il y a un rapport direct entre les deux termes : connaissance des antécédents et existence de la syphilis, et que cette dernière est d'autant plus fréquente que les premiers sont plus précis et plus complets;

2° Qu'étant donnée la rareté relative de la maladie de Bayle chez la femme, il est remarquable que les quatre malades observées par l'auteur aient été toutes contaminées.

Dans diverses publications ultérieures, et notamment dans son livre sur les maladies mentales (1892), l'auteur augmente encore la proportion des paralytiques généraux syphilitiques.

Magnan (*Statistique donnée en 1888 et consignée, in Morel Lavallée et Bélières, 1889*).

Sur 100 hommes, 4 syphilis sûres et 5 douteuses.

Sur 100 femmes, 1 syphilis sûre et 6 douteuses.

L'auteur nie l'influence de la vérole sur la paralysie générale.

Mauriac (*Gazette hebdomadaire*, mai 1889). L'auteur n'admet pas que la syphilis puisse créer de toutes pièces la paralysie générale. Il admet seulement qu'elle peut produire des combinaisons de symptômes rappelant la maladie de Bayle sans se confondre avec elle.

Régnier (*Revue de médecine*, juin, juillet, août 1889), pense que la syphilis cérébrale et la paralysie générale sont deux maladies distinctes. La première ne doit pas être considérée comme une cause di-

recte, prédisposante ou occasionnelle de la seconde.

Morel-Lavallée et Bélières (*Syphilis et paralysie générale*, Paris, 1889).

Dans ce travail, à tous égards remarquable, les auteurs donnent l'histoire complète de la question, aussi bien en France qu'à l'étranger, jusqu'à l'année 1889. Ils citent les opinions diverses des auteurs les plus compétents, fournissent des statistiques, notamment celles des auteurs allemands et publient un nombre considérable d'observations.

L'ensemble de ces documents accompagnés d'une étude clinique et anatomo-pathologique très soignée les conduit aux conclusions suivantes :

A. — « La paralysie générale de Bayle continuant aujourd'hui à être considérée comme une entité morbide, il y a lieu de se demander si ce n'est pas à des pseudo-paralysies générales, dues à des syphitômes cortico-méningés en nappe qu'on a eu affaire lorsqu'on a décrit une forme spéciale comme appartenant à la paralysie générale d'origine syphilitique. »

B. — « La paralysie générale classique dans son type le plus complet, avec ou sans délire expansif ou mégalo-maniaque, paraît, d'après de nombreuses statistiques faites à l'étranger et dont nous n'avons pas trouvé l'équivalent en France, compter souvent la syphilis dans ses antécédents.

« La proportion de syphilitiques trouvés chez les paralytiques généraux internés, semble même augmenter en raison directe des facilités qu'a le médecin pour établir l'anamnèse.

« Ces deux ordres de faits nous autorisent à nous demander, en l'absence de documents qui les contredisent, si la syphilis n'occupe pas une place importante parmi les facteurs étiologiques de la paralysie générale vraie. Une conclusion ferme à cet égard nous paraît cependant prématurée ».

Voisin (*Société médico-psych.*, 27 octobre 1890).

La syphilis cérébrale n'est pas la paralysie des aliénés ; on peut l'en différencier par les anamnétiques et par la constatation des manifestations syphilitiques, par l'absence du délire spécial de la paralysie générale, par l'évolution et la marche de la maladie, par l'apparition de symptômes indiquant une lésion circonscrite en foyer et par les résultats heureux du traitement spécifique.

(Paris. *Coexistence de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale. Union médicale*, 6 septembre 1890), conclut que la syphilis n'est pas une cause principale de paralysie générale et qu'il reste à démontrer qu'elle est une cause prédisposante adjuvante, les deux affections pouvant, comme tant d'autres, exister simultanément chez le même individu et être traitées de façon à ce que l'on voie l'une s'amender et l'autre progresser.

Cuytitz (*Bull. de la société de méd. mentale de Belgique*, 1890).

La statistique qui sert de base à ce travail, porte sur 30 paralytiques généraux de l'asile d'Evèrè. L'auteur note 13 syphilis certaines et 8 probables.

Conclusion : Le surmenage, les traumatismes, les

abus d'alcool, de tabac, ne produisent rien chez l'homme sain ; ils produisent une aliénation quelconque chez l'héréditaire nerveux ; ils produisent la paralysie générale quand cet héréditaire est syphilitique. Il résulte de cette conception que pour constituer la paralysie générale deux éléments sont nécessaires : l'hérédité d'abord et la syphilis ensuite.

Congrès de Médecine mentale de Rouen (1890).

M. Dubuisson est peu disposé à admettre l'influence de la syphilis sur la paralysie générale.

M. Régnier conclut que ce sont deux affections distinctes et indépendantes qui peuvent coexister chez le même sujet, mais ne se modifient jamais l'une par l'autre.

M. Cullerre accorde un rôle assez important à la syphilis, surtout chez les sujets jeunes, mais il faut, pour qu'elle provoque la paralysie générale, une prédisposition héréditaire ou acquise.

M. Régis confirme son opinion, précédemment exprimée, et apporte une nouvelle statistique de 21 cas qui lui donne une proportion de 85, 71 pour 100 de malades spécifiques.

M. Voisin conteste la valeur de la statistique de M. Régis. Pour lui, sur 560 paralytiques généraux, il n'a rencontré que 9 fois des signes physiques de syphilis tertiaire et à son avis, dans une bonne statistique, on ne doit accepter que ceux-là.

Klippel (*Classification histologique des paralysies générales. Archives de médecine expérimentale, 1891*).

L'étude des faits qui évoluent avec le complexe symptomatique de la paralysie générale permet de classer ces faits en trois groupes :

Le premier groupe correspond aux paralysies générales vraies. La polymorphie des altérations cellulaires avec prédominance dégénérative, la destruction intense des fibres nerveuses de l'écorce, la vascularisation avec diapédèse considérable, un certain degré de sclérose névroglique, les lésions atrophiques ou dégénératives de la substance blanche et des nerfs périphériques servent ici de caractéristique.

Dans un deuxième groupe se rangent les paralysies générales associées, combinaison d'une vraie paralysie générale et de ses lésions typiques, avec diverses altérations syphilitiques, tuberculeuses, athéromateuses, traumatiques.

Enfin ces derniers processus ou d'autres analogues, existant en dehors des lésions de la paralysie générale classique, peuvent constituer un troisième groupe, celui des pseudo-paralysies générales.

Lancereaux (*Archives générales de médecine*, avril et mai 1891).

« De la comparaison des lésions de la syphilis et de celles de la péri-encéphalite diffuse, il résulte que ces lésions sont absolument dissemblables.

L'étude symptomatique de l'encéphalite syphilitique a pour base, ce fait important, que le désordre primitivement localisé au stroma n'intéresse que secondairement les éléments nerveux. »

Camuset (*Note sur la paralysie générale d'ori-*

gine syphilitique. Ann. Med. psych. XIII, n. 1, 1891), estime, d'après les renseignements fournis par les familles, et non d'après les stigmates trouvés sur les sujets, que les paralytiques généraux ont des antécédents syphilitiques, plus souvent que les autres aliénés. La lenteur de l'évolution, la fréquence et la durée des rémissions, la forme déméntielle pure, ou la forme mélancolique, s'observeraient particulièrement dans les cas qu'on a le plus de raison de soupçonner provoquées par la syphilis.

Charbonneau (*Etude sur la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique*, Thèse de Paris, 1891).

La syphilis se rencontre très fréquemment dans les antécédents des paralytiques généraux dont on peut reconstituer l'histoire, mais elle est souvent associée à l'hérédité, à des excès de toutes sortes, à l'alcool et même à des traumatismes crâniens. Cependant la vérole se rencontre beaucoup plus souvent chez les paralytiques généraux que dans les autres formes d'aliénation mentale.

Il est exceptionnel que l'anatomie pathologique présente des caractères spécifiques.

Bonnet (thèse de Paris, 1891).

D'après l'auteur, il n'y a plus qu'une coïncidence dans la grande fréquence de la syphilis chez les paralytiques généraux.

Aucune autre cause ne se rencontre aussi souvent dans les antécédents des malades.

Les autres, hérédité, alcool, n'ont qu'une influence secondaire, adjuvante.

L'auteur a noté la syphilis 10 à 14 fois pour 100 chez les aliénés en général et 66,6 à 82,2 pour 100 chez les paralytiques généraux.

Ces statistiques ont été relevées à l'asile de Villejuif.

Anglade (thèse de Paris, 1891), recherchant avec soin la syphilis dans les antécédents des aliénés paralytiques observés à l'asile de Bordeaux pendant deux ans, l'a relevée dans la proportion de 88 pour 100, en ne tenant compte que des cas certains. Les affections autres que la paralysie générale, observées dans le courant de ces deux ans ne se rencontrent avec la syphilis que dans la proportion de 12 pour 100. La fréquence de la syphilis dans les antécédents de la paralysie générale est donc frappante et autorise à admettre une relation de cause à effet. L'examen des faits cliniques, pas plus que celui des lésions, n'autorise à dénier à la syphilis le pouvoir de donner naissance au complexe symptomatique de la paralysie générale.

Meilhon (*Ann. médico. psych.*, 1891). Relevant les diagnostics portés sur les arabes entrés à l'asile d'Aix pendant une période de 30 années et s'aidant des renseignements fournis par l'entourage ou par l'examen nécroscopique, Meilhon n'a pu constater aucun cas de paralysie générale, de 1860 à 1867. Depuis cette époque, le nombre des paralysies générales a été de 5, 13 pour 100 des aliénés.

La quantité de ceux qui sont atteints est une nouvelle preuve que la paralysie générale est surtout une maladie de civilisation. Elle semble se développer d'une façon parallèle à l'alcoolisme. Elle revêt surtout la forme maniaque.

Ce travail n'est pas sans présenter pour nous un grand intérêt, étant donnée la grande fréquence de la vérole chez les arabes.

Bouchaud (*Ann. méd. psych.*, mai et juin 1891), donne le résultat d'observations puisées à l'asile de Lommelet, tenu par les frères Saint-Jean-de-Dieu. Dans une période de 20 ans, l'auteur a trouvé sur la totalité des aliénés laïques, 391 paralytiques généraux, tandis que sur la totalité des religieux il n'y en avait que 3.

Les renseignements obtenus du médecin de l'asile de Lehon ont donné comme rapport du nombre des paralytés aux aliénés ordinaires :

Chez les religieux. — 1 p. 23.

Chez les laïques. — 1 p. 13.

A l'asile de Lyon :

Religieux. — 1 p. 72.

Laïques. — 1 p. 27.

Dans ces trois asiles réunis, la proportion était :

Religieux. — 24 p. 100 des cas de folie simple.

Laïques. — 25 à 35 p. 100.

Pour expliquer cette rareté relative de la paralysie générale chez les religieux, Bouchaud invoque la rareté des causes suivantes :

Excès vénériens, syphilis, alcoolisme.

Congrès de médecine mentale de Lyon (1891).

M. Régis admet « que la cause la plus générale et la plus constante de la paralysie progressive, en dehors des conditions spéciales de prédisposition et d'hérédité, toujours nécessaires, est la syphilis. »

M. Marie (de la Roche-Gandon). La multiplicité des facteurs personnels invoqués dans la genèse de la paralysie générale, démontre leur importance secondaire. Notons toutefois la plus grande fréquence de l'alcoolisme et de la syphilis associés, qui forment, avec l'hérédité, une triade où cette dernière a l'importance prédominante, par rang de date ou de fréquence.

Extrait d'une leçon du Professeur Charcot (*Mercure médical et Arch. de neurol.*, 1892), sur la paralysie générale à début très précoce.

« Les recherches faites avec M. Dutil ne nous ont permis de trouver que 7 cas authentiques, 3 de Clouston, 2 de M. Régis, 1 de M. Vrain et le dernier qui a fait le sujet d'une leçon récente de M. Ballet à Saint-Antoine ; là l'autopsie a permis de confirmer le diagnostic en démontrant les altérations caractéristiques.

... « Tous ces cas sont remarquables par la plus grande facilité qu'on a à retrouver l'hérédité. Marcé avait observé déjà que l'hérédité jouait un rôle prépondérant parmi les causes prédisposantes. Il considérait que la folie et la paralysie générale représentaient deux rameaux de la même famille, car il avait

remarqué que, parmi les parents de paralytiques généraux on rencontrait des maniaques, des mélancoliques, des monomaniaques ou des épileptiques qui pouvaient se succéder ou alterner. Ici encore, il est intéressant de noter que les mêmes dispositions héréditaires aboutissent, tantôt à des névroses, tantôt à des altérations organiques du système nerveux.

« L'hérédité nerveuse est présente chez notre malade, ainsi que chez celui de M. Ballet.

« On a trouvé aussi la syphilis, soit chez l'enfant, soit chez les parents; ainsi le malade de M. Ballet portait divers stigmates de la syphilis héréditaire. Toutefois, à l'autopsie, ce ne sont pas des lésions syphilitiques, artérites ou méningites gommeuses, que l'on a trouvées, mais les altérations vulgaires de la paralysie générale. Si l'on considère de plus, que dans les cas où l'on peut déceler la vérole, le traitement spécifique n'a aucune action, on est amené à croire que le rôle de la syphilis se borne à celui de simple agent provocateur et que cette infection n'est pas la cause véritablement efficiente.

« Il en est de la syphilis comme de l'alcoolisme; il n'existe pas plus, selon moi, de paralysie générale syphilitique qu'il n'en est d'alcoolique. »

Congrès de médecine mentale de Blois (1892).
M. Joffroy rapporte l'observation avec autopsie d'une malade syphilitique atteinte de paralysie générale avec atrophie musculaire (observation que nous reproduisons plus loin en détail). Après avoir exposé

les lésions anatomiques observées par lui, l'auteur ajoute :

Que la syphilis n'est pas en cause dans les lésions anatomiques qu'il vient de décrire. Que les malades aient ou non des antécédents syphilitiques, cela n'influe pas sur la forme de la paralysie générale. Il n'y a pas de paralysie générale de nature, mais d'origine syphilitique; la syphilis est une simple cause déterminante.

Syphilis et paralysie générale, par Raymond (Bulletin méd., 13 avril 1892).

M. le D^r Raymond donne 5 observations de paralysie générale chez des sujets syphilitiques et, après avoir résumé l'état actuel de la question, il se range aux conclusions suivantes :

« Je pose d'abord en fait qu'il est contraire aux données de l'observation clinique de prétendre que toutes les paralysies générales relèvent de la syphilis.

« Il est tout aussi contraire à ces mêmes données de prétendre que la syphilis, à déterminations cérébrales, ne peut pas engendrer la paralysie générale.

« La syphilis, agissant sans doute à l'instar de l'alcool, par l'intermédiaire des toxines secrétées par les bactéries pathogènes, peut engendrer la paralysie générale vraie. Quant à savoir avec quel degré de fréquence la syphilis intervient dans l'étiologie de cette paralysie générale vraie, les observations de l'avenir, recueillies sans parti pris, avec beaucoup de soin et complétées par des procès-verbaux

d'autopsies, pourront seules nous renseigner sur ce point, comme aussi elles nous renseigneront sur les conditions spéciales de terrain, qui favorisent l'écllosion de la paralysie générale sous l'influence des toxines syphilitiques.

La paralysie générale syphilitique, si j'en juge par les résultats de mon observation personnelle, qui concordent en cela avec les observations publiées par différents auteurs, a une marche beaucoup plus lente que la paralysie générale ordinaire, mais elle a une moindre tendance que celle-ci aux rémissions.

Nous ajoutons, comme complément aux documents tirés des auteurs français, quelques renseignements importants que M. le professeur Fournier a eu la gracieuseté de nous communiquer de vive voix.

Des observations postérieures aux leçons sur la syphilis du cerveau ont amené M. Fournier à modifier son opinion première et à penser que dans un grand nombre de cas, il y a une relation directe de cause à effet entre les deux maladies qui nous occupent. Il incline à penser qu'il y a là plus qu'une simple cause déterminante occasionnelle.

Est-ce à dire que tous les paralytiques généraux soient des syphilitiques? Non, certes; c'est une assertion que l'illustre professeur ne se croit pas en droit d'émettre. Les statistiques de l'avenir trancheront sans doute la question.

Rien non plus ne permet actuellement de différen-

cier par les lésions cérébrales les paralytiques généraux syphilitiques de ceux qui ne le sont pas.

Y a-t-il lieu de ranger les malades spécifiques dans un cadre spécial au point de vue symptomatique ? Ici M. le professeur Fournier pose encore un point d'interrogation, car un grand nombre des malades qu'il a observés présentaient une prédominance marquée des symptômes somatiques sur les symptômes psychiques.

Quant à la pseudo-paralysie générale, M. Fournier en fait, comme par le passé, une forme de la syphilis cérébrale, et voici en quels termes il s'est exprimé, pour nous faire mieux comprendre sa pensée :

« Lorsque la syphilis cérébrale revêt le masque de la paralysie générale, je l'appelle pseudo-paralysie générale syphilitique, absolument comme on dénomme psoriasis eczémateux un psoriasis qui se dissimule sous l'appareil symptomatique de l'eczéma. »

AUTEURS ALLEMANDS.

Esmarch et Jessen (*Allg. Zeit. für Psychiatrie*, 1857), considèrent la syphilis comme étant toujours et invariablement le point de départ de la paralysie générale.

Otto Brauss, de Berlin (*Über Gehirn Syphilis*, 1873) donne de nombreuses observations, desquelles il ressort, (Müller, 1874), que la paralysie géné-

rale vulgaire et la paralysie générale syphilitique auraient pendant la vie des apparences presque identiques. Müller affirme en outre que, pour plusieurs auteurs, la syphilis jouerait un rôle dans le développement de la paralysie générale.

Mendel (*Die progressive Paralyse des Irren.*, Berlin, 1880), estime que la syphilis a une influence certaine sur le développement de la paralysie générale. Sur 146 cas, pour lesquels il a pu se procurer des renseignements, 109 malades ont eu la syphilis, ce qui donne une proportion de 75 pour 100, tandis que dans les autres folies, la proportion de syphilitiques n'est pour lui que de 18 pour 100. L'auteur est ainsi amené à croire que la paralysie générale peut être une inflammation syphilitique du cerveau, une des nombreuses formes de dégénérescence due à la syphilis.

Obersteiner (de Vienne), in *Monatsh fur dermatologie* (décembre, 1882), dit que primitivement il a envisagé avec scepticisme les rapports de la paralysie générale avec la syphilis, mais que ses dernières recherches l'ont conduit à considérer cette dernière maladie comme un facteur étiologique important de la paralysie générale.

Th. Ziehen (*Neurol Centralbl.*, 1887).

L'auteur donne un relevé de 100 paralytiques généraux hommes et de 13 femmes. D'après lui, la maladie résulterait toujours de plusieurs causes. L'hérédité prédisposerait à l'aliénation en général et la syphilis surtout à la paralysie générale.

B. Ascher (*Allg. Zeit. f. Psychiatrie*, XLVI, 1889).

L'auteur attribue une grande importance à l'hérédité dans le développement de la paralysie générale ; cependant l'influence de l'hérédité est moins marquée sur la forme de la maladie que sur son développement. Ascher a rencontré la syphilis chez 34, 7 pour 100 de ses malades. La marche était plus lente quand il s'agissait d'une syphilis ancienne que d'une syphilis récente.

Les attaques apoplectiformes ont paru plus fréquentes chez les syphilitiques que chez les autres malades.

Oebeké (*Congrès de Bonn*, 22 juin, 1889), dit que sur 24 paralytiques généraux examinés par lui, 62 pour 100 avaient eu la syphilis. Les onctions mercurielles ne produisirent rien et l'iodure à haute dose détermina plusieurs fois de l'agitation.

Rumpf (*Syphilitischen Erkrankungen*), publie une statistique personnelle et donne en même temps celle d'un certain nombre d'auteurs allemands. Voici ces statistiques reproduites par Morel-Lavallée et Bélières :

Mildner trouve dans ses malades 0,12 pour 100 de syphilitiques.

Ripping	—	12	—
Eickholt	—	19,30	—
Æbeke	—	25	—
Graf	—	27,50	—
Brie	—	21	—
Obersteiner	—	21,70	—
Fürstner	—	32	—
Lange	—	33	—
Nasse	—	35	—
Goldstein	—	40	—
Wille	—	40 à 50	—
Schüle	—	50	—
Wahrendorf	—	50	—
Reinhardt	—	73,3	—
Mendel	—	75	—
Snell	—	75	—
Rohmell	—	77,2	—
Rumpf	—	78	—

Burkhardt (*Revue médic. Suisse Romande*. X. 766, décembre, 1890).

L'auteur analyse 43 observations de paralytiques généraux au point de vue du rôle étiologique de la syphilis. Il est arrivé aux résultats suivants :

Environ la moitié des paralytiques ont été infectés. Les malades âgés de 35 ans et au-dessous l'ont presque tous été, tandis que la syphilis n'existe que chez un tiers des malades plus âgés.

La paralysie générale n'est donc pas une maladie vénérienne, mais la syphilis est une cause prédispo-

sante de premier ordre. Cette cause est d'autant plus efficace que le sujet est plus jeune.

L. Acker (*Allg. Zeit. f. Psychiatrie*, XLIV, 1, 1890), a observé 24 cas de paralysie générale dans l'espace de 3 ans, sur 422 malades, à l'asile d'Eichberg. Cet asile est alimenté par une population de paysans qui ne commettent guère d'excès. La syphilis ne joue ici, comme d'ailleurs pour tous les aliénés de cet asile, qu'un rôle infime ; à peine la relève-t-on de loin en loin.

Th. Zacher (*Arch. f. Psych.* XIX, 3, 1891), donne l'observation avec autopsie de 3 cas de paralysie générale avec lésion en foyer dans la capsule interne. La syphilis est relevée chez deux de ces malades ; mais il n'existe, dit l'auteur, aucun signe clinique qui caractérise la paralysie générale syphilitique. Au point de vue anatomique, les altérations des parois vasculaires qu'il constate (hyperplasie de leurs éléments, hémorrhagies capillaires) sont insuffisantes pour constituer une forme, car outre qu'elles ne sauraient être accusées de tous les troubles de l'écorce, elles se sont montrées dans l'espèce, très peu accusées dans la région la plus atrophiée, celle des ascendantes.

Thomsen (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIV, 5, 1891), sur 104 malades appartenant à la population inférieure de Berlin, 51 ont eu sûrement la syphilis, 53 l'ont eue, selon toute probabilité. Sur 240 malades de l'asile privé de Hertz à Bonn de 1886 à 1889, 62 pour 100 avaient eu sûrement la syphilis.

Sur ces derniers, 70 pour 100 présentant des lésions concomitantes des cordons postérieurs, avaient été atteints à l'âge de 41 ans et il s'était écoulé quatorze ans entre l'infection syphilitique et le début de la paralysie générale.

20 pour 100 avaient de la sclérose des cordons latéraux et avaient été atteints à 30 ans; il s'était écoulé sept ans entre l'infection syphilitique et le début de la maladie.

D'après l'auteur, le traitement antisiphilitique n'agit pas quand le symptôme de la démence confirme le diagnostic; il anémie et excite.

L. Greppin (26 cas de paralysie progressive chez la femme. *Allg. Zeit. f. Psych.* XLVI, 5, 1891), donne une statistique confirmant les assertions des autres auteurs allemands.

Tarnowski (*Arch. für Dermatologie und Syph.*, 1891).

L'auteur combat la tendance actuelle qui consiste à faire jouer à la syphilis un rôle considérable dans l'étiologie des maladies du système nerveux. Il fait remarquer que la plupart des maladies, aussi bien celles de la peau que celles du système nerveux, peuvent évoluer chez les syphilitiques sans perdre leurs allures caractéristiques. Chez les tabétiques, des accidents syphilitiques indéniables peuvent survenir et évoluer comme chez les autres malades. Le traitement spécifique a conservé son action sur les accidents, mais non sur le tabès qui a été le plus souvent aggravé, ou bien qui, dans d'autres cas,

s'est amélioré sans traitement. La syphilis n'agit dans l'étiologie de la paralysie générale et du tabès, que par son influence déprimante et seulement chez les sujets prédisposés par la naissance.

Binswanger (*Neurol. Centralbl.*, 1891), donne deux observations de paralysie générale chez des syphilitiques, observations que l'on peut rapprocher de celles de Zambaco, Westphalt, L. Meyer. On y trouve des gommes et des artérites, mais non généralisées; ce sont des résidus de néoplasmes syphilitiques anciens très limités, et non des lésions récentes disséminées sur les méninges et le cerveau. Il n'est pas admissible de rattacher ces altérations spécifiques locales aux altérations diffuses simultanées de l'écorcé. C'est une paralysie générale entée sur la syphilis.

Ocbeke (*Allg. Zeit. f. Psychiatrie*, XLVIII, 1 et 2, 1892), sur 320 aliénés, l'auteur en a compté 72, soit 22,5 pour 100 atteints de syphilis certaine, et 40, soit 12,5 pour 100 atteints à la fois de paralysie générale et de syphilis. La proportion de la syphilis chez les aliénés ou cérébropathes quelconques est de 22 pour 100; chez les paralytiques elle est de 57 pour 100.

AUTEURS DANOIS ET SCANDINAVES.

Kjellberg (*Upsala Universitets Arsskrift*, 1863 et *Upsala lakareförenings förhandlingar*, 1868) affirme que la paralysie générale ne se développe pas

dans un organisme qui n'a pas été infecté auparavant par la syphilis.

Jespersen (*Skildes den almindelige fremskridende parese syphilis*) ? (Copenhague, 1874) a trouvé sur 123 malades, 77,2 pour 100 de syphilitiques ayant ou non suivi un traitement mercuriel.

Rohmell (*Congrès de Copenhague*, 1874), sur 317 paralytiques généraux traités à l'asile de Saint-Hans, trouve 77,2 pour 100 de syphilitiques et maintient les conclusions de Jespersen.

Kjellberg d'Upsal (*Lettre à Morel-Lavallée*, 1887), écrit que depuis 24 ans le temps n'a fait que lui confirmer son opinion première et qu'il se prononce avec la plus ferme conviction. Il ajoute que le nombre de médecins partageant son avis s'est accru d'année en année, même à Berlin où son opinion est soutenue par des spécialistes distingués.

Haslund (*Communication écrite à MM. Morel-Lavallée et Bélières*, Copenhague, 27 janvier 1888). « Je regarde la syphilis comme une cause directe de la paralysie générale, tout à fait comme du tabès et je crois que les cas typiques de la paralysie générale sont dus à la syphilis, tandis que ceux qui sont moins typiques semblent avoir une autre cause. »

Berg (*Lettre à Morel-Lavallée et Bélières*, Copenhague, 4 janvier 1888). souscrit à l'opinion de Jespersen. Dans la scandinavie, écrit-il, c'est une opinion générale que cette paralysie est dans la plupart des cas d'origine syphilitique.

AUTEURS ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Broadbent et Buzzard (*Lestsomian lectures, the Lancet* 1874 et *British medical journal*, 1874), donnent plusieurs observations de paralysie générale d'origine syphilitique. Ils admettent « que les lésions syphilitiques du cerveau peuvent provoquer des convulsions, de la paralysie, des troubles intellectuels. Leur tendance à envahir les méninges et à provoquer une inflammation plus ou moins intense est leur trait capital. »

Junius Mickle (*British and foreign. med. chirurg. review*, 1877). La syphilis cérébrale et la paralysie générale sont deux affections distinctes, indépendantes, de par l'anatomie pathologique ; mais ce sont surtout les différences cliniques qui importent dans la pratique.

Deux formes de syphilis cérébrale simulent la paralysie générale :

1° La forme qui se traduit par de l'affaiblissement intellectuel de la dépression, et aboutissant plus ou moins vite à l'imbécilité.

2° Une deuxième forme moins fréquente qui simule la paralysie générale dans son aspect le plus frappant et dans laquelle on rencontre au moins par période, le bien-être, l'exaltation et le délire des grandeurs.

L'auteur donne ensuite, comme moyen de

diagnostic les symptômes plus spéciaux à la syphilis.

Dans la première forme :

Perte de la mémoire et confusion des idées souvent moins marquées et moins fixes que dans la paralysie générale.

Cours de l'affection plus irrégulier et plus fréquemment compliqué de symptômes nerveux graves : convulsions, contractures, paralysies, troubles sensitifs.

Insomnie et irritabilité plus marquée.

Tremblements de la langue, des lèvres et de la face plus rares et plus légers, lorsqu'ils existent.

Les troubles de la parole tiennent plutôt à une paralysie cérébrale ou bulbaire qu'à un mélange de faiblesse et d'incoordination.

Les troubles de la déglutition, qui sont souvent un symptôme précoce de la syphilis cérébrale, peuvent être temporaires ou persistants, tandis que dans la paralysie générale ils sont graduels et progressifs.

La névrite optique double, l'atrophie des papilles, la choroïdite, la cécité, viennent souvent s'ajouter ici à l'inégalité pupillaire de la paralysie générale.

Les paralysies des nerfs crâniens sont incomplètes, protéiformes, transitoires, à récides, associées à de la paralysie périphérique.

Dans la syphilis, les membres sont plus souvent affectés, quand ils le sont, de parésie unilatérale ou

localisée, ou temporaire. Cette parésie n'est ni générale, ni progressive.

La contractilité électrique des muscles, diminuée dans la paralysie générale est souvent normale dans la syphilis.

La fréquence des épilepsies prémonitoires, la perte subite de la vue, de l'ouïe, indiquent la syphilis.

Les attaques apoplectiformes laissent, dans la syphilis, des traces plus durables.

Dans la deuxième forme, ou forme délirante, le délire hypocondriaque ou mélancolique serait tout à fait précoce, moins persistant et moins marqué dans la syphilis.

Mac Dowal (*Journal of mental science*, 1879) pense que la syphilis est cause des paralysies générales observées par lui dans 80 pour 100 des cas.

J. Mickle (*Arch. of dermatology*, 1880), admet pour les pseudo-paralysies générales syphilitiques des guérisons et des améliorations par le traitement mixte.

Wm. B. Goldsmith (*Congrès d'aliénistes américains de Saratoga*, 1885), a rencontré la syphilis dans les antécédents de ses paralytiques 33 fois sur 100 et dans ceux des autres aliénés 5,55 fois sur 100.

L'auteur a rencontré la paralysie générale dans des conditions telles que d'après lui il est plus facile d'admettre là une origine syphilitique que d'y voir une simple coïncidence.

L'analogie permet de conclure que l'infection syphilitique produit la paralysie générale, comme

elle produit l'ataxie. L'auteur ajoute que dans les deux maladies on rencontre une prédisposition héréditaire aux maladies du système nerveux, moins fréquemment cependant que dans la plupart des autres formes d'affections psychiques et nerveuses.

J. Hutchinson (*Syphilis*, London, 1887).

« La syphilis prédispose plutôt à ces affections qu'elle n'en est la cause actuelle. Dans quelques cas, elle pourrait être la cause seule active et alors le traitement spécifique serait d'une grande et définitive efficacité. Le plus souvent cependant, les causes déterminantes sont intervenues et ont pris une large part à la production de la maladie. Dans ces cas il n'y a pas à attendre grand résultat des spécifiques de la syphilis. »

Savage (*Congrès de Washington*, 1887).

Pour Savage, médecin des aliénés au Bethlem-Hospital, on peut seulement constater que la syphilis précède souvent la paralysie générale. Cependant l'auteur dit que des lésions syphilitiques localisées peuvent être le point de départ de dégénérescences généralisées et qu'il est le plus souvent impossible de tracer une ligne de démarcation précise entre la paralysie générale vraie et les dégénérescences qui suivent la syphilis cérébrale.

J. Hutchinson (*Communication écrite à Morel-Lavallée*, Londres, 31 janvier 1888).

« Un très grand nombre d'aliénistes anglais professent que la syphilis n'est pas une cause de paralysie générale. Ceux qui, comme moi, croient le

contraire, en font plutôt une cause prédisposante qu'une *vera causa* ».

Kiernan (cité par Morel-Lavallée et Bélières) a trouvé la syphilis chez un tiers environ des malades du N. Y. City Asylum. L'auteur pense rester avec ce chiffre au-dessous de la vérité.

H. M. Bannister (*Journal of nervous and mental disease*. Décembre 1891).

D'après l'auteur, la paralysie générale, quoiqu'elle survienne souvent chez des individus héréditairement prédisposés, est plus que les autres formes de folie, une maladie acquise, non dépendante des tares neurotiques héréditaires.

On trouve, lorsque les faits peuvent être vérifiés, la syphilis dans les antécédents, la plupart du temps.

Dans quelques cas rares, on ne constate pas l'existence d'une syphilis antérieure ; il est donc vraisemblable que la maladie se montre quelque fois par d'autres causes que la vérole ; mais contrairement à la nomenclature actuellement adoptée, il s'agirait là de pseudo-paralysie générale.

Bannister se base pour admettre ces conclusions sur l'examen de 234 malades.

Jacobson (*Journal of ment. sc.*, 1892), donne les résultats de son observation personnelle et fournit une statistique de 116 cas chez des femmes.

La syphilis est avérée dans 37 pour 100 des cas et très probable dans 13 pour 100. Quant aux autres, on devrait aussi soupçonner plusieurs fois la syphilis, en raison du genre de vie des malades ; de

telle sorte que l'on peut évaluer à 65 pour 100 le nombre des spécifiques qui se trouvaient parmi ces femmes paralytiques.

Jacobson fait jouer, par suite à la syphilis, un rôle important dans la genèse de la paralysie générale, mais il n'exclut pas les autres causes, telles que l'alcool, le plomb, la nicotine, etc.

Laudon Carter Gray (*The americ. J. of the méd. sc.*, janvier 1892), donne 27 observations de syphilis cérébrales de formes diverses, dont 20 hommes et 7 femmes, 13 cas de guérison complète et amélioration partielle dans quatre cas.

AUTEURS RUSSES.

Nous citerons pour clore cette énumération, trop longue peut-être, mais que nous considérons cependant comme nécessaire, l'opinion de quelques auteurs russes.

Benjamin Tarnowsky de Saint-Petersbourg (lettre à Morel-Lavallée, 1889), considère la syphilis comme une cause des plus prédisposantes, mais il ne croit pas qu'on puisse la regarder comme une cause constante ou bien exclusive de la paralysie générale.

Le processus morbide de la maladie n'est pas, selon lui, une manifestation proprement dite de la diathèse syphilitique.

L'auteur cite l'opinion de Mierzejewski, affirmant

que 60 pour 100 des paralytiques généraux accusent la syphilis dans leurs antécédents.

W. Gajkiewicz, médecin des hôpitaux de Varsovie (*Syphilis du système nerveux*, Paris, 1892), résume les opinions des auteurs sur la question en litige, mais laisse cette dernière en suspens, sans prendre parti.





EXPOSE DU SUJET.

Il suffit de parcourir la première partie de notre travail pour voir que les opinions sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale sont des plus divisées.

Les plus affirmatifs des auteurs se divisent en deux camps : dans l'un on dit avec Kjellberg : pas de syphilis, pas de paralysie générale ; dans l'autre on croit avec M. Christian que les deux maladies n'ont aucun rapport.

Entre ces deux affirmations si radicalement opposées, il y a place pour nombre d'opinions intermédiaires qui ont été et sont encore soutenues.

J. Mickle et le professeur Fournier créent une forme morbide d'origine spécifique bien connue aujourd'hui, grâce à leurs travaux, sous le nom de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique. Ils rapprochent cette forme de la maladie de Bayle, mais ne s'arrêtent pas à l'idée de l'identifier avec elle. Pour eux, la paralysie générale vraie même, lorsqu'elle se manifeste chez des sujets syphilitiques, conserve ses caractères propres et son autonomie.

L'opinion exactement inverse est émise par Has-

lund (1888) et Bannister (1891). Pour ces derniers, dans quelques cas rares, on ne constate pas chez les sujets atteints, l'existence d'une syphilis antérieure ; il est donc vraisemblable que la maladie se montre quelquefois par d'autres causes que la vérole ; mais contrairement à la nomenclature actuellement adoptée, il s'agirait là de pseudo-paralysie générale.

(Quelques auteurs donnent à la vérole le rôle de cause prédisposante au premier chef, plus encore que l'hérédité (*Zichen Burkhardt*) ; d'autres la considèrent comme une cause déterminante éventuelle (Charcot, Joffroy), l'hérédité neuro-pathologique étant la cause nécessaire.

Pour un troisième groupe (Régis), l'hérédité, congestive surtout, est bien une cause prédisposante nécessaire de la paralysie générale, mais la syphilis en est une cause déterminante presque constante.

D'autres enfin, considèrent la vérole comme un facteur étiologique de premier ou de second ordre, sans s'expliquer plus sur sa nature de cause éloignée ou prochaine.

L'accord est donc loin d'être fait et la question paraît insoluble. Est-ce à dire avec M. Falret que tout est à refaire dans l'histoire de la paralysie générale ? Ce serait peut-être aller bien loin.

Quant à nous, qui n'avons ni l'autorité ni l'expérience nécessaire pour prétendre trancher un pareil litige, nous voulons seulement examiner et soumettre à la critique un certain nombre d'opinions émises et de faits publiés. Les conclusions qui en

pourront découler ne sauraient avoir de valeur que par l'autorité des maîtres qui ont bien voulu nous guider dans l'exécution de notre travail.

Qu'il nous soit permis de témoigner tout particulièrement notre gratitude à M. le Dr Joffroy qui nous a inspiré cette thèse.

Cherchons maintenant un fil conducteur qui nous guide à travers le dédale d'opinions consignées dans notre premier chapitre. Et d'abord délimitons bien notre sujet :

Nous ne nous occuperons pas des syndrômes dits pseudo-paralysies générales par lésions plus ou moins circonscrites ou diffuses, qu'il s'agisse de gommès ou de syphilômes. L'existence et la nature spécifique de ces affections ne font aucun doute ; elle est consacrée par les autorités modernes et admise par tous. Les pseudo-paralysies générales ne sauraient donc être en cause pour nous et nous n'en parlerons qu'incidemment, pour les besoins de l'argumentation.

Nous considérerons seulement la paralysie générale progressive classique et la syphilis, et nous nous poserons les questions suivantes :

La paralysie générale existe-t-elle en dehors de la syphilis ?

Lorsqu'elles coexistent, la maladie de Bayle est-elle une expression du processus syphilitique, une maladie de nature syphilitique ou seulement d'origine syphilitique ? C'est-à-dire possédant un substratum anatomique *sui generis*, dont la syphilis au-

rait indirectement provoqué l'éclosion et qui aurait ensuite évolué pour son compte.

S'il en est ainsi, et si la syphilis n'est qu'un facteur de second ordre, quelle est donc la véritable cause qui préside dans ces cas à la genèse de la maladie de Bayle ?

Nous allons chercher successivement la solution de toutes ces questions en discutant les faits et les arguments fournis : 1° par les statistiques et l'étude étiologique de la maladie ; 2° par ses symptômes et sa marche ; 3° par son traitement ; 4° enfin par son anatomie pathologique. Nous terminons en montrant l'action prépondérante du facteur prédisposition, hérédité neuro-pathologique, telle qu'elle est comprise par les maîtres de l'Ecole de la Salpêtrière, dont nous avons pu suivre et admirer l'enseignement.





STATISTIQUES. — ETIOLOGIE

Nous n'avons pas l'intention de faire ici le procès des statistiques en général et de conclure avec quelques auteurs que les statistiques ne prouvent rien. Nous serions, au contraire, tout disposé à donner à la syphilis le premier rôle, dans l'étiologie de la maladie de Bayle, si la plupart des auteurs s'accordaient à reconnaître dans le plus grand nombre des cas, la vérole parmi les antécédents de leurs malades ; mais nous sommes loin de cet accord unanime, et pour le moment nous voulons simplement relever les nombreuses causes d'erreurs capitales, si faciles à commettre dans le cas particulier.

Et tout d'abord, si l'on parcourt les statistiques rapportées dans notre premier chapitre, on est frappé par les différences énormes dans les proportions de paralytiques généraux syphilitiques auxquelles arrivent les observateurs.

Les auteurs scandinaves accusent tous une proportion d'à peu près 100 pour 100.

Les statistiques allemandes présentent des différences absolument invraisemblables et des chiffres qui oscillent entre 0,12 pour 100 et 78 à 80 pour 100.

Les auteurs anglais et américains trouvent une proportion comprise entre 30 et 80 pour 100.

En Russie, les auteurs dont nous avons pu nous procurer l'opinion donnent 60 pour 100.

En France l'accord est loin d'être fait et nous relevons les chiffres suivants :

M. Magnan. — 4 à 9 p. 100.

M. Christian. — 15 p. 100.

M. Regner. — 16 p. 179.

M. Régis. — 85 p. 100.

M. Bonnet. — 66 à 80 p. 100.

M. Anglade. — 88 p. 100.

Comment s'expliquer ces divergences ?

A coup sûr elles ne peuvent tenir qu'à la manière dont sont portés les diagnostics, ou de syphilis, ou de paralysie générale.

Voyons d'abord ce qui concerne la syphilis.

Il est inutile de nous étendre sur les difficultés du diagnostic rétrospectif lorsque la maladie n'a laissé que des traces peu nettes et qu'il existe seulement quelques-uns de ces signes physiques devant lesquels hésitent les syphiligraphes les plus distingués.

Le professeur Fournier a fait ressortir toutes les difficultés d'un diagnostic ferme en pareil cas, dans une leçon récente (C. G., *Semaine médicale*, 1892).

Mais combien plus difficile encore est ce diagnostic lorsqu'on n'a que des anamnestiques !

Il nous semble bien exagéré de se baser en quelque chose sur les dires du malade, comme le pen-

sont certains auteurs : « Le malade se mettait à répéter la phrase suivante, très significative, même au milieu du délire hypocondriaque dont elle émanait : « J'ai une vérole qui me coupe les flancs » (Régis, *Gazette médicale de Paris*, 1888).

« Dans quelques cas j'ai obtenu le récit de l'infection des malades eux-mêmes, pendant les périodes de rémission » (Savage, cité par Morel-Lavallée, p. 122).

Quant à la famille du malade, elle ignore le plus souvent et d'autres fois feint d'ignorer ce qu'il en est, ou bien répond avec indignation par la négative.

Le médecin habituel du malade n'est quelquefois pas beaucoup mieux renseigné, et nous avons présents à l'esprit deux exemples récents du fait que nous avançons ici.

Il ne suffit pas d'ailleurs, comme le fait remarquer M. Voisin (Congrès de Rouen), que les parents disent que le malade a contracté une mauvaise maladie, pour que ce soit la vérole.

Il ne suffit pas non plus, pour prouver une relation de cause à effet entre les deux maladies, de constater d'une façon certaine leur coexistence, il faut établir l'ordre chronologique de leur apparition, ce qui est loin d'être toujours facile dans les cas de paralysie générale à évolution lente, lorsque la maladie vénérienne remonte seulement à deux ou trois ans, et dans ces cas il est important de tenir compte des nombreuses chances de contami-

nations, auxquelles se trouve exposé le malade, à la période d'excitation du début. Il y a plus encore : s'il est indispensable de s'enquérir si le malade n'a pas contracté la syphilis après les premières atteintes de la maladie de Bayle, il est également nécessaire de s'assurer qu'il l'a contractée assez longtemps avant pour qu'on puisse incriminer les lésions tertiaires, car on ne saurait imputer à la syphilis, dans ses deux premières périodes, des lésions chroniques de sclérose.

Après avoir montré les difficultés du diagnostic syphilis d'abord au point de vue de son existence et ensuite au point de vue chronologique, envisageons un peu le diagnostic paralysie générale.

Il est hors de doute qu'il est souvent difficile à porter, et que dans bien des cas le syndrome pseudo-paralytique du professeur Fournier le simule avec une rare perfection.

Nous n'en voulons pas d'autre preuve que l'observation relatée dans Morel-Lavallée, p. 169, et celles citées dans le mémoire de Régnier, observations dans lesquelles des spécialistes en renom portèrent le diagnostic de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique et qui relatent à l'autopsie les lésions typiques de la méningo-encéphalite diffuse sans rien qui put faire songer à la syphilis cérébrale. L'erreur inverse est naturellement aussi facile à commettre, et dans les statistiques, qui malheureusement ne sont pas assez riches en autopsies, nul doute que ces cas de pseudo-paralysie générale ne viennent

grossir la proportion des syphilitiques chez les paralytiques généraux.

Il en va de même pour les cas cités plus haut et dans lesquels une syphilis non existante est incriminée et aussi pour ceux dans lesquels l'apparition de la paralysie générale est postérieure à la syphilis, ou contemporaine des accidents initiaux.

Les erreurs du premier groupe, celles qui ont trait au diagnostic syphilis, nous semblent devoir être fatalement commises par les aliénistes non syphilographes.

Celles du second groupe commises sur le diagnostic, paralysie générale chez un syphilitique, nous semblent presque naturelles chez des observateurs intransigeants qui, comme Kjellberg, se sont habitués depuis longtemps à croire les deux maladies invariablement liées l'une à l'autre.

Telles sont les considérations qui permettent d'expliquer, au moins en partie, les différences énormes rencontrées dans les chiffres des auteurs.

Relevons maintenant un certain nombre d'arguments fournis par nos adversaires et se rattachant de plus ou moins près aux statistiques.

A. — La paralysie générale est une maladie rare dans certains milieux où la syphilis fait défaut, par exemple les asiles de religieux (Bouchaud).

Soit, mais elle est rare aussi dans certains milieux où la syphilis pullule, notamment chez les Arabes (Meilhon), et aussi chez les nègres. Naguère encore chez eux, la paralysie générale était inconnue.

B. — La proportion des accidents syphilitiques relevés chez les sujets atteints de paralysie générale est fort supérieure à celle que l'on retrouve chez les malades atteints d'autres formes d'aliénation.

Voilà certes un argument auquel il paraît difficile de répondre au premier abord, d'autant plus que nos adversaires sont unanimes à l'invoquer dans leurs statistiques. Cependant il nous semble que les considérations suivantes sont de nature à en diminuer de beaucoup la valeur.

Pourquoi comparer les paralytiques généraux aux aliénés seulement et non pas à tous les sujets atteints de maladies nerveuses ? Si la proportion de syphilitiques dominait alors chez les paralytiques on en pourrait peut-être déduire une conclusion ferme. Mais *a priori* on rencontrerait parmi les malades syphilitiques un très grand nombre d'ataxiques et de neurasthéniques ; et combien rencontrerait-on de cérébropathies syphilitiques pures avec les lésions typiques de syphilis cérébrale ? Il serait important, selon nous, d'établir ces chiffres avant de conclure, car lorsqu'on compare deux termes on ne doit pas comparer un terme tout entier avec une partie seulement de l'autre.

Ajoutons que chez les Arabes et chez les Nègres, la syphilis est extrêmement fréquente et n'est certainement pas plus qu'ailleurs un préservatif contre les vésanies. Eh bien, comment se fait-il que dans les asiles qui renferment ces malades (Meilhon) la paralysie générale soit très rare ?

Ici la proportion est forcément renversée.

C. — Plus et mieux on cherche la syphilis dans les antécédents des paralytiques et plus on la trouve (Régis).

Voilà qui est vrai surabondamment. Plus on cherche une chose quelconque et plus on la trouve. Parfois même l'enthousiasme momentanément exagéré de certains observateurs intransigeants, les illusionne au point de nuire un peu à l'exactitude de leurs observations, sans que leur bonne foi puisse d'ailleurs être contestée. On est toujours porté à rencontrer dans ses observations les choses de la réalité desquelles on est d'avance convaincu.

Et puis n'en est-il pas de même pour les autres causes généralement invoquées, pour l'alcoolisme notamment.

Plus aussi on cherche les antécédents héréditaires et plus on les trouve, comme en témoignent les nombreuses observations relevées par nos maîtres à la Salpêtrière. Nous regrettons même de ne pas voir figurer plus souvent la recherche complète des antécédents, dans nombre d'observations prises dans un autre esprit, par beaucoup de partisans de la théorie syphilitique.

D. — Il est des cas (Goldsmith, Morel-Lavallée) où la paralysie générale paraît suivre la syphilis communiquée d'un sujet à un autre.

Oui, sans doute, mais combien existe-t-il de ces cas, quatre ou cinq. En peut-on inférer quelque chose? Et n'y aurait-il pas lieu d'en attendre d'au-

tres pour conclure? N'y a-t-il pas dans la littérature médicale d'autres faits paradoxaux du même ordre qui attendent une explication définitive.

E. — Dans le cas où l'on ne trouve qu'un seul facteur à invoquer, dit Obersteiner, c'est la vérole qu'on rencontre le plus souvent; il s'agit ordinairement, d'après cet observateur, d'une syphilis bénigne, partant peu ou point traitée, ce qui explique que l'on n'en retrouve plus de traces sur la peau ou ailleurs.

Le seul énoncé de cette dernière proposition nous semble sujet à bien des critiques et il est bien fait pour jeter un doute dans l'esprit. Des faits de cette nature nous semblent peu propres à entraîner la conviction, surtout si le diagnostic a été fait rétrospectivement.

F. — La paralysie générale est, de l'aveu de tous, rare chez la femme. Or la plupart des femmes atteintes seraient: des syphilitiques avérées ou bien des femmes de mauvaise vie, des prostituées et par cela même plus exposées que les autres à la syphilis (Blanche Luys, Falret, Cotard, Régis).

Or sans compter que d'autres auteurs munis eux aussi de statistiques se sont inscrits en faux contre cette opinion (Westphal, Siemerling, Vétault), faisons remarquer que les prostituées en dehors de la syphilis qu'elles n'ont peut-être pas toutes, ont tout ce qu'il faut pour faire de la paralysie générale; surmenage, excès, fatigues de toutes sortes. Bien souvent ce sont à n'en pas douter des déséquilibrées

des névropathes, des criminelles même, présentant des stigmates de dégénérescence ou des antécédents manifestement chargés.

G. — *Les paralysies générales précoces* reconnaissent le plus souvent la syphilis dans leur étiologie (Coffin, Blanche). Or, comme elles sont rares, il est permis comme pour celles des femmes d'en induire une relation de cause à effet entre la vérole et la maladie de Bayle.

Soit; mais la *paralysie générale à début très précoc*e est encore plus rare, puisque les recherches faites par MM. Charcot et Dutil, que nous avons rapportées plus haut, n'ont permis à ces auteurs d'en retrouver que sept cas authentiques. Le malade soumis à leur observation ne présente pas de traces de syphilis. Vrain, dans sa thèse de 1887 ne note pas la syphilis comme particulièrement fréquente dans les cas de paralysie générale précoc. De plus, les sept cas relevés par MM. Charcot et Dutil sont remarquables par la facilité avec laquelle on y retrouve l'hérédité.

Et maintenant, que conclure de toutes considérations sur les statistiques et sur les arguments qu'on en peut tirer?

Ceci seulement, à notre avis: que la syphilis se rencontre fréquemment dans les antécédents des paralytiques généraux, et rien de plus.





SYMPTOMES ET MARCHE.

Les partisans les plus déclarés de la paralysie générale syphilitique, exception faite pour un petit nombre d'auteurs absolument intransigeants, à la manière de Kjellberg, reconnaissent qu'il est impossible d'affirmer que tous les paralytiques généraux sont des syphilitiques. Haslund, Bannister donnent même le nom de pseudo-paralytiques aux malades chez lesquels on ne relève pas l'infection.

M. le D^r Raymond disait l'année dernière dans une de ses conférences à l'hôpital Lariboisière :

« Je pose d'abord en fait qu'il est contraire aux données de l'observation clinique de prétendre que toutes les paralysies générales relèvent de la syphilis. »

Il est tout aussi contraire à ces mêmes données, ajoutait-il, de prétendre que la syphilis, à déterminations cérébrales, ne peut pas engendrer la paralysie générale.

Voilà donc un fait absolument acquis : il y a des paralytiques généraux qui sont syphilitiques, et il y en a d'autres qui ne le sont pas ; mais y a-t-il quelques moyens de les différencier cliniquement, voilà ce qu'il importe d'examiner maintenant.

En effet, si dans les paralysies générales survenues chez des syphilitiques nous trouvons des caractères

cliniques suffisants pour nous autoriser à faire une forme spéciale, à laquelle on puisse équitablement donner le nom de paralysie générale syphilitique, nos adversaires ont raison et il faut rompre l'unité de la maladie de Bayle.

Nous avons vu plus haut combien déjà est difficile le diagnostic entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale.

M. le professeur Fournier a insisté sur un certain nombre de signes plus particulièrement en faveur de la pseudo-paralysie générale :

Absence ordinaire du délire des grandeurs.

Prédominance de la forme dépressive, sans délire.

Fréquence des paralysies partielles localisées, dissociées, surtout paralysies oculaires et hémiplegie, notamment à la période prodromique.

Tremblement des lèvres et de la langue moins accentués.

Parole moins scandée, saccadée, mais surtout empâtée, etc.

Nous avons, dans notre notice bibliographique, relaté les signes différentiels très analogues, dus à l'observation de Mickle.

Joignons à ces documents, les renseignements fournis par notre maître, M. le Dr Motet en 1889 à Morel-Lavallée. Nous les rapportons à peu près textuellement, les observations ultérieures de notre maître n'ayant fait que confirmer son opinion première :

M. Motet pense qu'à côté de la paralysie générale

vraie, non syphilitique, il existe une pseudo-paralysie générale, qui seule peut être syphilitique.

Supposons, par exemple, comme premier symptôme de l'une de ces deux encéphalopathies, une attaque apoplectiforme, on trouvera :

Pseudo-paralysie générale syphilitique.

Observation vasculaire plus ou moins complète, suivie souvent d'une hémiparésie du mouvement; si la circulation se rétablit tout rentre dans l'ordre.

Délire différent, se tenant mieux en quelque sorte.

L'embarras de la parole est variable, plus ou moins accentué, plus intermittent. Le malade cherche le mot, le trouve et le lance.

Les lésions syphilitiques, étant vasculaires, peuvent s'accompagner plutôt d'aphasie-mécanique, d'aphémie; lésion de la troisième frontale indépendante de la perte de mémoire.

Inégalité papillaire variable intermittente.

Hémiplégies presque spéciales à la syphilis.

Peut guérir dans certaines conditions, lorsque la maladie est soignée dès le début.

Les syphilitiques, même dans la variété non congestive, meurent ordinairement par une violence cérébrale et ne s'éteignent pas; ils meurent dans un ictus par exemple hémorragie cérébrale ou méningée.

A l'autopsie, la pachyméningite est plus accentuée.

Paralysie générale vraie.

Congestion méningo-encéphalique se rapprochant bien plus de l'épilepsie vraie (par congestion bulbaire). Visage, conjonctives, oreilles rouges, etc. Après ces poussées, les rémissions ne ramènent pas la santé absolue.

Délire plus complet, plus incohérent.

Il est constant, permanent, continu. Le paralytique vrai, plus inconscient, ne se donne pas la peine de chercher le mot.

Inégalité ou dilatation constante, permanente.

Rémissions incomplètes; la parole reste troublée. Pas de guérison.

Demeure progressive; le malade s'éteint; dysphagie, fuliginosités, pneumonie ou non. Hémorragie méningée chez les congestifs.

Nous voyons, d'après ces données, que le diagnostic entre ces deux maladies, bien que souvent possible, est loin d'être toujours facile.

Nous voyons aussi que M. Motet, pas plus que Mickle, pas plus que le professeur Fournier n'a prétendu différencier la paralysie générale survenue chez un syphilitique de celle qui se produit chez un sujet indemne.

Saucet (thèse de Paris, 1878) appelle l'attention sur huit cas de paralysie générale vraie survenue chez des syphilitiques et auxquels la syphilis constitutionnelle, aurait, d'après lui, donné une physiologie spéciale :

Les idées de grandeur, dit-il, fréquentes au début de la maladie, disparaissent souvent sans retour après une courte apparition.

On constate surtout un empâtement de la parole.

Les paralysies partielles et incomplètes des muscles moteurs, de l'œil droit surtout, sont particulièrement fréquentes.

L'évolution de la paralysie générale syphilitique est très lente, et cela tient surtout à l'existence constante des rémissions.

La lenteur de l'évolution, dit M. Camuset (*Ann. méd. psych.*, 1891), la fréquence et la durée des rémissions, la forme démentielle pure ou la forme mélancolique, s'observent particulièrement dans les cas qu'on a le plus de raison de soupçonner provoqués par la syphilis.

Ascher (*Allg. Zeit. f. Psychiatrie*, 1889) signale les

attaques apoplectiformes comme plus fréquentes chez les syphilitiques que chez les autres malades.

Enfin, M. le Dr Raymond (conférence de l'hôpital Lariboisière rapportée *in Bulletin médical*, 13 avril 1892) donne l'histoire résumée de quatre malades, encore vivants à cette époque, et atteints de paralysie générale syphilitique.

Au point de vue particulier qui nous occupe, pour le moment, voici ce que nous relevons dans les conclusions de ce maître :

« La paralysie générale, si j'en juge par les résultats de mon observation personnelle, qui concordent en cela avec les observations publiées par différents auteurs, a une marche beaucoup plus lente que la paralysie générale ordinaire, mais elle a une moindre tendance que celle-ci aux rémissions. »

Tel n'est pas l'avis de tous les aliénistes : MM. Ball, Blanche, Luys, Magnan, Falret, Foville, Régis lui-même, n'admettent pas que l'évolution et le pronostic de la paralysie générale soient modifiés chez les syphilitiques.

Schüle n'admet pas la possibilité d'un diagnostic différentiel.

Pour Rumpf, les caractères spéciaux signalés par le professeur Fournier, ou bien font partie d'autres affections cérébrales diffuses, ou bien rentrent dans la paralysie générale et on se trouve alors en présence de celle-ci avec tous ses symptômes habituels.

Obersteiner prétend que les signes différentiels qu'on a fournis sont sans valeur.

Enfin pour Haslund non-seulement la paralysie générale syphilitique n'a pas une physionomie spéciale mais, comme nous l'avons dit plus haut, « c'est la syphilis qui produit les cas typiques de paralysie générale, tandis que ceux qui sont moins typiques semblent reconnaître une autre cause. »

Telle est aussi l'opinion de Bannister.

L'opinion en l'espèce du professeur Charcot ressort nettement de la leçon dont nous avons plus haut rapporté la substance : puisque « le rôle de la syphilis se borne à celui de simple agent provocateur et que cette infection n'est pas la cause véritablement efficiente », il n'y a pas de paralysie générale syphilitique et il est inutile de chercher des signes différentiels.

C'est là aussi ce que pense notre maître, M. le Dr Joffroy (*Congrès de Blois*, 1892). « Je défie qui que ce soit, nous disait-il dernièrement dans un entretien sur ce sujet, en présence de paralytiques généraux vrais, syphilitiques ou non, de pouvoir dire avec certitude : voici une paralysie générale syphilitique, en voilà une autre qui ne l'est pas. »

La presque unanimité des auteurs sur ce point suffirait à nous faire accepter cette opinion, mais il est encore d'autres faits qui la confirment d'une façon incontestable : Tarnowski fait remarquer que la plupart des maladies, aussi bien les maladies de la peau que celles du système nerveux, peuvent évo-

luer chez les syphilitiques sans perdre leurs allures caractéristiques. Chez les tabétiques, des accidents syphilitiques indéniables peuvent survenir et évoluer comme chez les autres malades. Le traitement spécifique a conservé son action sur ces accidents, mais non sur le tabès qui a été le plus souvent aggravé, ou bien qui s'est amélioré dans d'autres cas sans traitement.

Non-seulement la coexistence de symptômes syphilitiques n'implique pas une action de spécificité, lorsqu'on n'est pas fixé sur l'ordre chronologique de l'apparition des deux malades, ainsi que nous l'avons indiqué dans un précédent chapitre, mais dit M. Regnier (Congrès de Rouen), « même dans les cas où l'on constate l'existence d'une syphilis ancienne chez un paralytique, on peut assister à la guérison des manifestations de la vérole, tandis que la paralysie générale continue sa marche progressive et on a vu l'encéphalopathie spécifique éclater pendant une rémission de la folie paralytique.

La question nous paraît donc jugée : dans l'état actuel de la science, il n'existe pas de moyen sûr pour distinguer au point de vue symptomatique la paralysie générale des sujets syphilitiques de la paralysie générale vulgaire.





TRAITEMENT

On ne peut guère, selon nous, tirer des résultats fournis par le traitement spécifique, des conclusions bien assises, ni pour ni contre la thèse que nous défendons ; aussi serons-nous très bref.

La plupart des auteurs, tant français qu'étrangers, s'accordent à reconnaître son insuffisance ou sa parfaite inutilité. Quelques-uns signalent même des cas dans lesquels il aurait été nuisible.

Un certain nombre de faits, rares, d'ailleurs plaident cependant en sa faveur. On trouve de loin en loin des améliorations, voire même des rémissions plus ou moins persistantes : (Lunier, Rendu, Mickle, Urquart). La thèse de Vernet nous en présente une heureuse série. Mais pour qui connaît les formes si diverses, la marche si variable de la paralysie générale, n'y a-t-il pas lieu de soupçonner là les améliorations et les rémissions classiques de la maladie de Bayle ?

On n'ajamais rien obtenu du traitement spécifique disent les adversaires de la théorie syphilitique, *naturam morborum ostendunt curationes* ; donc la paralysie générale n'est pas syphilitique.

Les partisans répondent : les altérations de la pa-

ralysie générale ne sont pas les seules manifestations syphilitiques qui ne rétrocedent pas sous l'influence du traitement, et ils citent par exemple le syphilome ano-rectal.

Il est vrai que dans une récente clinique à l'hôpital de la Charité, le Professeur Duplay a soutenu que, contre l'opinion généralement adoptée, il ne s'agit pas là d'une lésion syphilitique.

D'ailleurs le Professeur Fournier, dans ses belles éçons sur la syphilis du cerveau n'a-t-il pas eu soin de diviser le substratum anatomique de la maladie en lésions primitives, artérites, gommès, syphilomes localisés ou diffus des méninges, toutes appartenant directement aux processus syphilitiques, et en lésions secondaires, consécutives aux premières : destructions par compression des cellules voisines, ramollissement partiel par ischémie quand les rameaux artériels sont oblitérés ou comprimés eux aussi par des gommès adjacentes ? Ces dernières lésions, bien que très importantes dans l'espèce, sont évidemment d'ordre banal et ne sont pas justifiées du traitement spécifique.

Laissons donc de côté le traitement et passons à l'anatomie pathologique.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous abordons maintenant la partie la plus difficile de notre sujet et aussi la plus importante. Il n'est pas douteux que les maladies sont des ensembles de lésions et non des appareils symptomatiques, que leurs symptômes et leur marche ne sont qu'une traduction fonctionnelle d'altérations plus ou moins bien connues de tout un organisme, ou de quelque'une de ses parties.

Malheureusement, des causes circonstanciennes variables encore mal déterminées font qu'un organisme ne réagit pas toujours de la même façon lorsqu'il est affecté par des lésions morphologiquement identiques et qu'inversement des lésions différentes peuvent donner lieu à des réactions analogues. Voilà qui est particulièrement vrai pour les maladies du système neuro-cérébral et il suffit pour s'en convaincre à l'évidence, de se rappeler l'histoire des tumeurs de l'encéphale.

La traduction symptomatique est donc loin d'être toujours fidèle au type idéal que pourrait fixer le physiologiste, elle est loin d'être toujours identique à elle-même, et c'est précisément ce qui fait la difficulté si grande de la clinique.

En conséquence, c'est à l'anatomie pathologique

seule que nous pouvons demander une classification nette des entités nosographiques tout en conservant provisoirement un cadre à part pour celles dont les altérations dites dynamiques ne sont pas connues ; c'est par l'anatomie pathologique que l'on tranchera un jour définitivement la question si controversée qui nous occupe.

Et maintenant, consultons les auteurs :

Dans les cérébro-syphiloses, d'après M. Mauriac, la règle est qu'il se forme des foyers plutôt que des lésions régulièrement étalées. La dissémination est un de leurs principaux caractères ; aucune systématisation, si ce n'est la prédominance marquée pour les lobes antérieurs.

« Nous voilà donc loin de la diffusion uniforme, si particulièrement remarquable dans la paralysie générale.

« Quand les cérébro-syphiloses s'incarnent plus ou moins en ce type, quelles sont les lésions qui suscitent et expliquent cette modalité symptomatique exceptionnelle ?

« Elles se rapprochent à un certain degré de celles qui appartiennent à l'encéphalite. Toutefois les méninges y sont plus épaissies, plus hyperplasiées, plus durcies par la sclérose.

« On rencontre des adhérences au cerveau et des infiltrations embryonnaires dans les deux maladies ; dans les deux maladies les lobes frontaux sont les plus atteints.

« La sclérose prédomine dans les méninges chez

les syphilitiques, tandis que c'est le contraire chez les paralytiques généraux.

« Il est incontestable qu'il existe une certaine analogie entre les lésions de la paralysie générale vraie et celles de la paralysie générale syphilitique. Toutes les deux sont fondamentalement constituées par de la sclérose encéphalique et méningitique, mais sa diffusion est répartie d'une façon incomparablement plus régulière dans la première que dans la seconde maladie.

« N'est-il pas étonnant qu'on trouve si peu de tissu gommeux dans la paralysie générale syphilitique ? Les lésions paraissent tout à fait d'ordre commun et sans spécificité.

Cette dernière proposition n'est pas admise par M. Lancereaux :

« De la comparaison des lésions de la syphilis cérébrale et de la périencéphalite diffuse, il résulte dit cet auteur, dans son mémoire de 1891, que ces lésions sont absolument dissemblables.

D'autre part, M. Régner 1889, affirme que les accidents syphilitiques du système nerveux, simulant la paralysie générale, sont causés par des lésions « toujours reconnaissables à l'autopsie. »

M. Raymond, 1892, s'inscrit en faux contre cette opinion et dit que « cette affirmation lui paraît tout à fait contestable en principe. »

M. Klippel, 1891, conclut d'une remarquable étude histologique de la paralysie générale, sur laquelle nous reviendrons plus loin, qu'on peut classer en

trois groupes les faits qui évoluent avec le complexe symptomatique de la paralysie générale :

Le premier groupe correspond aux paralysies générales vraies, avec leurs lésions typiques.

Dans un deuxième groupe, se rangent les paralysies générales associées, combinaison des lésions de la méningo-encéphalite avec diverses altérations syphilitiques, tuberculeuses, athéromateuses, traumatiques.

Enfin un troisième groupe comprend ces derniers processus, ou d'autres analogues, existant en dehors des lésions de la paralysie générale classique.

M. Christian (*Ann. méd. psych.*, 1879), dit : « La syphilis peut se localiser dans le cerveau et y déterminer une encéphalopathie variable de siège et d'étendue. Rien ne prouve que cette encéphalopathie puisse revêtir la forme de la méningo-encéphalite propre à la paralysie générale. Rien non plus ne prouve absolument le contraire. Je serais, pour ma part, tenté de considérer la paralysie générale et l'encéphalopathie syphilitique comme deux affections absolument indépendantes, et j'admettrais volontiers que, lorsque l'encéphalopathie syphilitique survient chez un sujet prédisposé, par suite d'autres causes, à la paralysie générale, elle hâte ou provoque l'explosion de cette dernière. »

M. Magnan (communication à Morel-Lavallée).

« Je suis encore à trouver un seul cas où la paralysie générale soit imputable à des lésions spécifiques ; pourtant, *a priori*, je puis admettre qu'une

diffusion exceptionnelle, et comme je n'en ai pas rencontré, des lésions syphilitiques donne lieu à l'encéphalite interstitielle diffuse; je pose donc à cet égard un point d'interrogation. » Mais, d'après M. Magnan, ces scléroses plus ou moins disséminées sont évidemment d'une nature autre que celle de la maladie de Bayle, puisqu'il ajoute que: si la syphilis agit comme cause dans la paralysie générale il s'agit d'une paralysie générale vraie, normale, cette maladie étant une, quel que soit le facteur qui l'engendre.

M. Voisin admet avec Mickle et Fournier une pseudo-paralysie générale dont le diagnostic symptomatique est généralement possible, et il ajoute que la syphilis se traduit parfois par de l'endartérite, de la pachyméningite et de l'encéphalite.

Voici en quels termes le professeur Fournier a caractérisé ces lésions :

« Dans la paralysie générale, la lésion prédominante, de l'aveu unanime, réside dans la substance grise altérée dans une grande étendue, profondément désorganisée, infiltrée, ramollie, dissociée.

Les méninges sont aussi affectées, mais relativement; leurs lésions sont d'importance moindre, subordonnée.

« Dans la syphilis, au contraire, le fait majeur, prédominant, c'est l'altération des méninges et relativement, l'altération de la substance grise (bien que plus importante nécessairement comme conséquence), paraît bien moindre.

« La substance grise n'est jamais affectée dans la syphilis que d'une façon plus circonscrite, plus localisée, moins étendue, moins diffuse, que dans la paralysie générale. Les membranes inversement sont liées d'une façon particulièrement grave. Elles sont adhérentes au cerveau, de façon à constituer cette curieuse symphyse méningo-cérébrale dont je vous ai entretenus.

La pie-mère notamment, se montre en nombre de cas fortement épaissie, opaque, rénitente, coriace, voire parfois transformée en une membrane fibreuse. Ce qui prend le pas comme lésion, c'est la méningite hyperplasique.

.

« Ce qui compose l'état particulier décrit sous le nom de paralysie générale syphilitique, c'est d'une part, anatomiquement une localisation éventuelle de la syphilis vers les membranes et les couches corticales du cerveau; c'est d'autre part, cliniquement, un ensemble de symptômes en raison de l'analogie des lésions, une analogie véritablement incontestable, avec l'ensemble symptomatique de la paralysie générale. Mais au-delà, rien de plus; et aucun lien plus intime ne réunit ces deux entités morbides. »

Nous voyons donc que pour le professeur de Saint-Louis, aussi bien que pour M. Mauriac, ce qui distingue la méningo-encéphalite syphilitique, c'est d'une part, une altération moindre et moins diffuse de l'écorce, d'autre part, une altération profonde,

considérable des méninges qui sont adhérentes entre elles et adhérentes au cerveau. Est-il possible de voir là autre chose que des différences de degré? M. Mauriac lui-même est étonné qu'on trouve si peu de tissu gommeux dans la paralysie générale syphilitique. Les lésions ne lui paraissent pas présenter de spécificité.

Cette différence de degré dans des lésions dont la morphologie paraît identique, pourrait bien n'être pas toujours suffisante pour caractériser et différencier la nature de deux processus; faisons donc un complément d'enquête; cherchons dans chaque élément du tissu malade et voyons si les anatomo pathologistes leur ont donné dans l'un et l'autre cas des caractères spécifiques tels, que le doute ne soit plus permis.

Névrogliie. — Savage, de Londres, dit au congrès de Washington que les altérations des vaisseaux, troncs et capillaires, peuvent d'après leur localisation, donner lieu à des troubles variés, mais considère comme douteuses les altérations de la névrogliie.

Klippel (médecine moderne, 11 septembre 1890), avance que les lésions névrogliales lui ont paru essentiellement relatives. « Plus les éléments nerveux étaient dégénérés, dit-il, et plus le tissu névroglial gagnait en netteté; en tous cas le degré de prolifération névrogliale est difficile à évaluer et même à affirmer. »

Nous voilà loin de l'opinion de M. Luys qui croit que la paralysie générale reconnaît pour substrac-

tum une maladie d'évolution de la névroglie qui étouffe par prolifération les éléments nerveux.

Pouvons-nous tabler au point de vue différentiel sur des lésions qui ne sont même pas reconnues comme constantes ?

Tissu nerveux. — La dégénérescence amyloïde de tout l'encéphale a été incriminée comme appartenant en propre à la paralysie syphilitique, mais M. Magnan l'aurait rencontrée dans des cas où il était certain de la non existence de la vérole.

Fibres. — Quant à l'altération des fibres à myéline des différentes couches corticales, altération dégénérative signalée en 1881 par Tuzcek, qui considérait leur disparition comme la lésion fondamentale de la paralysie générale, nous ne nous y arrêterons pas, car outre que l'auteur ne leur a pas attribué une signification spéciale au point de vue différentiel qui nous occupe, Zacher et d'autres auteurs qui les ont constatées les ont retrouvées dans d'autres maladies : idiotie, épilepsie, démence sénile, folie vésanique.

Cellules. — Les altérations cellulaires sont évidemment des plus importantes dans les divers syndrômes paralytiques. Les auteurs signalent leur tendance à devenir globuleuses, leur dégénérescence pigmentaire, granuleuse ou granulo-graisseuse ; mais il n'existe pas, à notre connaissance de mode cellulaire dégénératif appartenant en propre aux paralytiques généraux syphilitiques ou non. Signalons cependant la dégénérescence grasseuse comme pré-

dominante, d'après M. Lancereaux dans l'encéphalite spécifique.

Vaisseaux. — Encore un point des plus contestés.

1^o Au point de vue localisation : M. Lancereaux admet que l'artérite spécifique n'affecte que les gros troncs et se localise surtout à l'artère basilaire et aux sylviennes.

M. Magnan partage l'avis de M. Lancereaux. Contrairement à cette opinion, Rumpf (de Bonn) affirme que dans plusieurs cas où l'on avait vu des altérations manifestement syphilitiques des artères de la base et où l'on n'avait rien pu retrouver dans les autres vaisseaux du cerveau, des examens anatomopathologiques complets lui ont permis de retrouver dans les plus fines artères et veines des altérations rappelant en petit celles des artères basilaires.

2^o Au point de vue de la nature de l'artérite :

Ici nous rencontrons également de grandes divergences.

Pour Heubner, il s'agit d'une endartérite débutant immédiatement au-dessous de l'épithélium.

Pour Baumgarten et M. Lancereaux, il s'agit d'une péri-artérite. Pour M. Lancereaux, le début des lésions par la tunique externe des artères serait dû à l'existence des gaines lymphatiques péri-artérielles et à la prédilection pour ces gaines du virus syphilitique. De plus cette artérite est une péri-artérite gommeuse caractérisée par la formation de nodules présentant les caractères et l'évolution des gommès.

Ces gommages tendent à obturer progressivement le vaisseau, ce qui fait de cette lésion une artérite essentiellement oblitérante.

D'un autre côté, d'après le professeur Cornil, il n'existe pas de caractère qui puisse faire différencier sûrement l'artérite syphilitique des autres artérites chroniques, et des exemples qui paraissent incontestables montrent l'artérite syphilitique aboutissant à des lésions qui rappellent absolument l'athérome artériel (Cornil, *Journal des connaissances médicales*, février 1886).

Enfin, M. Thibierge (*Gaz. des hôpitaux*, janvier 1889), affirme que la valeur pathognomonique des caractères de l'artérite syphilitique est loin d'être incontestable et prétend que dans nombre de cas qui s'accroissent chaque jour et qui ont pour initium la syphilis, les attributs macroscopiques et microscopiques des lésions présentent les caractères généraux qu'elles offrent dans toutes les maladies infectieuses.

Il résulte de ces diverses considérations anatomiques, qu'étant données les grandes divergences d'opinions des auteurs sur certains points (méninges, artères, névroglie), l'absence d'opinion exprimée à notre connaissance au point de vue différentiel que nous avons en vue, sur les autres (fibres et cellules), nous ne pouvons établir d'une façon équitable la différenciation des processus :

Ni par l'ensemble des lésions comparées des divers éléments de l'encéphale. Ni par la nature sui

generis des lésions de chacun de ces éléments.

Devons-nous pour cela nous considérer comme désarmés? Devons-nous renoncer à rien tirer de l'anatomie pathologique et remettre la solution de la question jusqu'au jour où la microbiologie nous aura démontré dans les tissus lésés l'existence d'un micro-organisme pathognomonique comme pour la tuberculose?

Sans doute des recherches dans ce sens s'imposent et jetteront probablement, à un moment donné, une grande lumière sur la question; mais cette question peut encore être envisagée à un autre point de vue que nous avons jusqu'ici complètement laissé de côté; nous voulons parler de l'ordre chronologique des lésions dans les divers éléments de l'encéphale, ordre chronologique qui pourrait bien être la clef du problème anatomique cherché. Par où débudent les lésions de la syphilis? Sur ce point tout le monde est à peu près d'accord; c'est par les méninges, l'endocrâne, les vaisseaux, le tissu de protection et de soutènement. Mais si, par exemple, la paralysie générale débutait par l'élément noble, la cellule et la fibre nerveuse, contrairement à l'opinion généralement adoptée, nous aurions enfin la solution tant désirée.

Nous voilà engagés dans une voie bien difficile et nous ne nous sentons pas de force à avancer sans l'appui et l'autorité des maîtres.

Nous lisons dans le *Traité de pathologie* du professeur Jaccoud (édition, 1877, p. 225).

« C'est dans cette dernière couche (cinquième couche de Meynert), que l'on trouve en plus grande abondance les cellules conjonctives, dont la formation caractérise l'hyperplasie ; on les retrouve encore dans les couches les plus superficielles de la substance blanche (de là la qualification de Meschede : dégénérescence grise des couches médullaires sous-corticales du cerveau), mais elles sont beaucoup plus rares dans la quatrième, la troisième et la seconde couche, et relativement plus nombreuses dans la première.

« Cette prédominance topographique de la lésion dont les travaux de Meynert, Meschede, Meyer et Lubimoff ne permettent pas de douter, renverse l'opinion qui représente le processus comme marchant de la périphérie vers le centre, et par suite la désignation de méningo-encéphalite n'est pas parfaitement exacte ».

MM. Christian et Ritti (Article *Paralysie générale du Dictionnaire encyclopédique*), s'expriment ainsi :

« Bayle localisa le processus morbide d'abord dans l'arachnoïde (arachnitis), plus tard dans l'ensemble des méninges (méningite). Calmeil, qui écrivait à la même époque, conclut à une phlegmasie chronique siégeant dans le cerveau et y déterminant une altération encore inconnue. Mais tous deux étaient trop bons observateurs pour ne pas voir qu'il était impossible d'attribuer au travail inflammatoire un siège exclusif ; nous n'en voulons

pour preuve que leurs propres paroles. « L'espèce d'aliénation que j'ai décrite dans ce volume, dit Bayle, est l'effet de l'irritation ou de l'inflammation de la substance grise, qui dérange immédiatement les fonctions du cerveau. Cette irritation et cette inflammation sont, à leur tour, le résultat direct d'une inflammation chronique des méninges, laquelle commence par leur face interne ou cérébrale ».

Quant à Calmeil, voici comment il s'exprime :

« Presque tous ces désordres examinés avec impartialité indiquent qu'il a existé une phlegmasie chronique de l'encéphale, que cette phlegmasie a exercé ses principaux ravages à la superficie des circonvolutions, dans la substance grise et dans les enveloppes du cerveau ».

Ainsi pour Bayle le processus morbide débiterait dans les méninges et envahirait consécutivement la substance cérébrale ; d'après Calmeil, au contraire, l'évolution morbide se ferait dans le sens inverse.

Nous avons déjà parlé plus haut des altérations parenchymateuses considérées par certains auteurs allemands comme les lésions fondamentales de la paralysie générale ; disparition des fibres à myéline des couches périphériques (Tuzeck), altération des cellules (Mendel). Notons aussi l'observation de M. Chaslin rapportée (in Morel-Lavallée) et dans laquelle on mentionne la disparition de la myéline, dans un endroit où la pie-mère n'est pas adhérente.

Schuetz (Berlin *Klin Woch.* 15 octobre 1890), décrit

dans la paralysie générale des lésions anatomiques consistant dans l'atrophie primitive d'un système de fibres qui ne se développent que tardivement. Ce système se laisse poursuivre jusque dans la couche optique où on le voit provenir du revêtement de substance grise, puis il suit le plancher du ventricule, pour arriver dans les cornes antérieures grises de la moelle. Un autre tractus de fibres se laisse suivre jusque dans le cervelet. Enfin l'auteur a constaté l'atrophie de la substance grise des tubercules quadrijumeaux antérieurs.

Zacher (*Neurol. Centralb.*, 1891), donne deux observations de paralysie générale aiguë (3 et 4 semaines de durée), sans encéphalite interstitielle.

A l'autopsie on trouve :

Inflammation diffuse de la pie-mère, adhérences circonscrites, granulations épendymaires, hyperhémie excessive du cerveau, surtout au niveau de l'écorce. Atrophie considérable et étendue des fibres dans le gyrus rectus et les circonvolutions frontales antérieures. La névroglie est déjà épaissie; on voit de belles cellules araignées par groupes; les vaisseaux commencent à être touchés; mais en réalité, c'est l'encéphalite parenchymateuse qui domine.

Un certain nombre de neuropathologistes français soutiennent aussi que la paralysie générale est une maladie primitivement parenchymateuse et citent également des observations en faveur de leur opinion.

M. Klippel, (*Médecine moderne*, 11 septembre

1890), au cours d'une étude consacrée aux lésions histologiques dans la paralysie générale dit :

« Bien que la paralysie générale soit regardée par quelques auteurs comme une sclérose diffuse du cerveau, cette lésion nous a paru souvent essentiellement relative : plus les éléments nerveux étaient dégénérés, et plus le tissu névroglique gagnait en netteté. »

« C'est ainsi qu'il apparaissait occupant de larges espaces dans les points de l'écorce où la dégénération des cellules ganglionnaires allait jusqu'à la destruction. Quoi qu'il en soit, le degré de prolifération névroglique est difficile à évaluer et même à affirmer dans quelques cas.

« L'ensemble des lésions observées dans les circonvolutions implique l'idée d'une inflammation dégénérative. L'inflammation des méninges, les lésions des vaisseaux, les érosions corticales, les scléroses indestructibles, sont sans doute d'excellents caractères pour reconnaître la maladie, mais non, croyons-nous, pour en préciser la nature. Toutes ces lésions sont en effet relativement tardives. Et bien plus, elles sont contingentes, l'affection pouvant arriver à sa dernière période clinique, entraîner une cachexie complète, avec eschares profondes, sans que l'autopsie révèle ces lésions.

« Pour juger de la nature de la maladie, c'est à son début et non dans ses conséquences ultimes qu'il faut l'envisager.

« Un malade de la clinique ayant succombé à une

grippe intercurrente à la période de début d'une paralysie générale, nous n'avons pas rencontré de méningite, ni d'inflammation intense des vaisseaux, ni de sclérose, mais seulement de l'hyperhémie et la dégénérescence des éléments nerveux.

« Le processus morbide est donc d'abord et essentiellement dégénératif, et les autres lésions (inflammation, méningite, sclérose, érosion, etc.), ne seraient que consécutives à la destruction des cellules et des tubes nerveux.

Telle est aussi l'opinion à laquelle notre maître, M. le Dr Joffroy, apporte l'appui de sa haute autorité en neuropathologie.

Nous rapportons ici sa communication au Congrès de Blois (1892).

Au congrès de Lyon (1891) et à la Société Médicale des hôpitaux, 1892, l'auteur avait déjà soutenu l'opinion que la paralysie générale est caractérisée anatomiquement par la lésion des éléments nobles, cellules nerveuses et tubes nerveux ; que c'est là la lésion primitive, la lésion la plus importante, et que les lésions de la névroglie et même des vaisseaux ne sont, quelle que soit leur intensité, que des lésions secondaires et d'ordre moins important.

« La démonstration de cette donnée, dit M. Joffroy, est d'autant plus difficile, qu'en général, l'autopsie se fait après une durée prolongée de la maladie et qu'alors les lésions vasculaires sont plus prononcées, l'encéphalite interstitielle est plus intense et que ces lésions masquent pour ainsi dire les altéra-

tions des éléments nobles. Cependant, il arrive que les choses ne se passent pas ainsi et que la distribution des lésions est plus favorable à la démonstration.

« J'ai eu l'occasion de recueillir un cas de ce genre, se présentant avec des particularités anatomiques intéressantes qui me paraissent non-seulement justifier l'opinion que la paralysie générale est une encéphalite parenchymateuse, mais une maladie de tout un système anatomique.

« Voici d'abord le résumé de l'observation de ma malade avec la relation de l'autopsie et des recherches histologiques des centres nerveux.

OBSERVATION I

Paralysie générale. — Atrophie musculaire de la main gauche. — Altérations des cellules nerveuses de l'encéphale et de la moelle. — Atrophie des grandes cellules motrices de la corne antérieure gauche de la moelle cervicale.

La nommée X..., est entrée dans mon service de la Salpêtrière en 1885, à l'âge de 33 ans. Elle exerçait la profession de lingère. Ses antécédents héréditaires sont mal connus, mais dans ses antécédents personnels il y a lieu de mentionner une syphilis bien caractérisée survenue vers l'âge de 24 ans, avec accidents secondaires très accusés et longtemps persistants. Elle a été soignée régulièrement et depuis quel-

ques années elle se portait bien, lorsque, quelques mois avant son entrée à l'hôpital, on remarqua des troubles de la parole et un tremblement des mains qui s'accrut assez pour l'empêcher de continuer à se livrer à ses travaux de couture. La malade n'est nullement alcoolique.

Quand je la vis pour la première fois, elle présentait des symptômes classiques de la paralysie générale : de l'inégalité pupillaire, avec insensibilité de la pupille à la lumière ; des troubles bien accusés de la parole devenue embarrassée, traînante, irrégulière, avec impossibilité de prononcer nettement certains mots, du tremblement de la langue et des lèvres, des contractions fibrillaires accusées surtout au niveau de la lèvre inférieure et du menton, du tremblement des mains avec diminution notable de la force musculaire, un peu d'irrégularité de la marche, ne s'accroissant pas par l'occlusion des yeux et enfin des troubles psychiques caractérisés par l'affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, des préoccupations hypocondriaques et du délire des grandeurs.

Dans les derniers temps, les symptômes s'étaient rapidement aggravés, probablement à cause de la situation misérable à laquelle la suppression de son travail avait réduit la malade. Aussi son entrée à l'hôpital fut-elle suivie rapidement d'une amélioration très notable, sans que cependant on ait institué aucun traitement. Ce n'est en effet que six semaines plus tard, que la malade fut soumise sans succès à l'iode de potassium et aux frictions hydrargyriques.

Dans le courant de l'année 1886, on note deux périodes d'agitation avec insomnie que l'on réussit à calmer par l'administration de fortes doses de chloral et d'antipyrine.

En 1887, il se développa des accidents syphilitiques à la langue, aux lèvres, ainsi que sur les fesses et la partie des cuisses qui était continuellement en contact avec l'urine, la malade étant devenue gâteuse et gardant le lit à cause de la faiblesse des membres inférieurs. Ces accidents disparurent rapidement sous l'influence du traitement ioduré.

En 1888 il se produit une rémission, et la malade peut se lever et marcher dans la salle en se tenant aux barreaux des lits.

Pendant tout ce temps les symptômes psychiques conservent le même caractère et ne présentent que des variations d'intensité.

En 1890, la faiblesse musculaire devient très accusée, à ce point que la malade ne peut plus porter les aliments à sa bouche et que non seulement la marche, mais la station debout sont complètement impossibles. Les réflexes patellaires restent normaux à gauche, un peu exagérés à droite.

Au commencement de 1891, l'affaiblissement augmente encore. C'est tout ce que peut faire la malade que de soulever le talon au-dessus du plan du lit. Au dynamomètre on obtient une pression maximum de 10 kilogrammes à droite et seulement de 5 à gauche. Pas de modifications profondes de la sensibilité de la peau et des muqueuses. Le goût et l'odorat paraissent obtus.

L'acuité visuelle semble assez bonne des deux côtés. La pupille droite est régulière avec un diamètre de quatre millimètres environ, avec conservation à peu près normale des réflexes à la lumière et à l'accommodation. A gauche, au contraire, la pupille dilatée a un diamètre de 8 millimètres,

un contour irrégulier, et ne réagit plus ni à la lumière ni à l'accommodation.

Il n'y a de lésions ni du fond, ni des milieux de l'œil.

La parole est traînante, presque inintelligible, surtout pour les mots un peu longs dont la malade ne prononce bien que la première ou la seconde syllabe.

L'écriture est impossible et les quelques lettres tracées et reconnaissables ne correspondent pas au mot que la malade cherche à écrire.

La langue est mue difficilement, mais n'est pas atrophiée.

A la main gauche, on note une diminution du volume de l'éminence thénar appréciable, surtout au niveau du premier interosseux, avec mouvements fibrillaires spontanés ou faciles à provoquer.

Dans les mois qui suivirent, l'état resta d'abord stationnaire, puis l'atrophie de la main gauche fit des progrès très notables.

Il se produisit alors une gibbosité bien accusée au niveau de la huitième vertèbre dorsale, analogue à celle d'un mal de Pott.

En avril, des eschares se montrèrent à la partie supérieure des fesses et à la région sacrée, et, malgré toutes les précautions que l'on put prendre elles firent de rapides progrès.

Vers cette époque, on trouva un matin la malade plongée dans un état comateux sans déviation des yeux ni de la tête. Après quelques jours, cet état fut remplacé par de l'agitation avec cris. Puis l'état général s'aggrava, les eschares des fesses s'agrandirent, il s'en développa au niveau de la gibbosité dorsale, au niveau des talons et des coudes, et c'est dans ces conditions que la mort survint en mai 1892.

L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Les parois du crâne sont très épaisses. La dure-mère présente seulement des traces de congestion. Les artères de la base ne sont nullement athéromateuses. Les méninges présentent à un certain degré l'état laiteux, avec un peu de sérosité louche dans le fond des sillons. La pie-mère est très adhérente à la substance cérébrale et on ne peut décortiquer le cerveau ; on réussit seulement à enlever quelques lambeaux de pie-mère qui entraînent de la substance cérébrale.

L'examen à l'œil nu des coupes du cerveau montre qu'il n'y a aucune lésion en foyer, et on ne remarque rien autre qu'un état piqueté de la substance centrale qui paraît dû à l'aggrandissement des espaces vasculaires, principalement dans les noyaux lenticulaires.

Il n'y a pas de granulations de Joire à la surface de l'épendyme. La moelle ne présente aucune lésion à l'œil nu, si ce n'est un peu d'épaississement des méninges au niveau de la queue de cheval.

Au niveau de la gibbosité, les vertèbres sont affaissées, friables ; avec lacunes dues à l'aggrandissement des aréoles du tissu spongieux. Il n'y a pas de pachyméningite à ce niveau et l'on ne voit, ni à la surface, ni dans la profondeur de la vertèbre aucun noyau tuberculeux.

Les poumons présentent aux sommets de petits noyaux caséux et aux bases de la congestion avec noyaux récents de broncho-pneumonie.

La rate présente à la surface deux petits nodules fibreux, gros comme un pois, semblables à des cicatrices de gomme.

Dans les autres organes, il n'y a rien à signaler.

Les muscles de l'éminence thénar de la main gauche sont

pâles, jaunâtres et très amaigris. Ceux du côté opposé présentent l'aspect normal. Les dissociations faites à l'état frais montrent dans les muscles malades des fibres de très petit diamètre dont la plupart ont conservé leur striation, pendant que d'autres moins nombreuses sont remplis de granulations et n'offrent plus trace de striations. Les noyaux sont très multipliés. Dans les nerfs correspondants on trouve à côté de tubes sains des tubes dégénérés avec des boules graisseuses, prolifération nucléaire et segmentation, ou résorption du cylindre-axe.

Après durcissement du cerveau et de la moelle, des coupes furent pratiquées dans les circonvolutions frontales, dans les circonvolutions ascendantes et dans les différentes régions de la moelle.

Sur les coupes des circonvolutions, on constatait des altérations excessivement peu avancées des vaisseaux et de la névroglie, tandis qu'au contraire, les cellules nerveuses étaient en grand nombre, et pour un certain nombre, profondément atteintes.

Les gâines vasculaires étaient très élargies et renfermaient pour la plupart un vaisseau revenu sur lui-même, dont les parois étaient en général très peu altérées. Dans la gaine lymphatique on voyait un exsudat avec des leucocytes plus ou moins reconnaissables.

La névroglie présentait une prolifération des noyaux, principalement au voisinage des vaisseaux ; mais cette prolifération était si peu abondante que c'est, à coup sûr, l'un des cerveaux de paralytiques où il m'a été donné d'observer la lésion à un moindre degré.

Les grandes cellules nerveuses à prolongements multiples

étaient, les unes très pigmentées, d'autres manifestement atrophiées, comme rétractées, avec disparition de leurs prolongements, quelques-unes étaient réduites à une petite masse vitreuse, dans laquelle on ne distinguait généralement plus ni noyaux ni nucléole.

De même pour les petites cellules nerveuses, elles se montraient en grand nombre complètement granuleuses, atrophiées, prenant mal la substance colorante et entourées, comme dans les descriptions qu'en a données M. Klippel, de noyaux plus ou moins nombreux, d'aspect jeune et formant parfois à la cellule malade une véritable couronne. Enfin un certain nombre de ces cellules manquaient sur la préparation ; mais ici, peut-être y a-t-il quelques réserves à faire, les résidus des cellules malades et atrophiées ayant pu disparaître, pendant les manipulations nécessitées par la préparation des pièces.

Au voisinage de la surface des circonvolutions, les tubes nerveux n'existent plus qu'en petit nombre.

L'examen des coupes de la moelle nous réservait l'explication de l'atrophie musculaire de la main gauche. A la région cervicale, principalement dans sa moitié inférieure, on constatait une diminution très appréciable de l'étendue de la corne antérieure gauche, avec une lésion des grandes cellules motrices, analogue à celle que l'on constate dans la paralysie infantile ; tandis que le groupe externe des grandes cellules motrices de la corne antérieure était très fourni à droite, celui de la gauche n'était constitué que par des cellules moins nombreuses, au moins de moitié, et encore ces cellules se présentaient-elles pour la plupart avec des caractères très accusés d'altération atrophique, pigmentation, perte

des prolongements, diminution de volume, état vitreux, etc.

Ce n'est pas, du reste, seulement dans la corne antérieure gauche de la substance grise que ces altérations se rencontraient, elles existaient aussi, quoique à un moindre degré, dans les cellules motrices de la corne antérieure droite, ainsi que dans les cellules nerveuses de la corne postérieure qui étaient pigmentées d'une façon tout-à-fait anormale ; et cette pigmentation des cellules à ce degré d'exagération se rencontrait plus ou moins aussi dans toute l'étendue de la moelle.

Les vaisseaux de la pie-mère médullaire étaient distendus et présentaient un épaississement assez marqué des parois ; mais c'est dans l'épaisseur même de la moelle, à la région cervicale, dans le groupe vasculaire qui se trouve à gauche *et en avant du travail central*, que cette altération des parois artérielles se présentait avec plus d'intensité. Là la paroi était très épaissie et toute la membrane externe avait subi une transformation vitreuse analogue à celle que l'on rencontre si fréquemment au voisinage des lacunes de la myélite caverneuse. Il n'y avait aucune sclérose de la substance blanche de la moelle, si ce n'est à un très léger degré, dans les faisceaux de Goll et de Burdach.

Cette observation me paraît comporter quelques réflexions ayant trait, soit à l'atrophie musculaire qui survient dans la paralysie générale, plus fréquemment qu'on ne l'a dit, soit à l'anatomie pathologique et à la nature de la lésion de la paralysie générale.

Relativement à l'atrophie musculaire signalée depuis longtemps déjà, nous nous contenterons de rappeler l'étude faite en 1875 par Grellière dans sa thèse inaugurale sur l'atrophie

musculaire dans la paralysie générale des aliénés. L'auteur rapporte des observations d'atrophie musculaire, avec altération des cellules des cornes antérieures de la substance grise de la moelle. Cette altération lui paraît consécutive aux lésions de la substance blanche décrite par Westphal et Magnan. Il cite cependant les observations de Voisin et Hanot qui, à côté de lésions peu accusées de la substance blanche, constatèrent des altérations de la substance grise, ce qui les a amenés à dire « qu'il ne serait pas impossible de concevoir que la substance grise de la moelle puisse s'altérer en quelque sorte primitivement, dans une affection où l'axe cérébro-spinal semble pouvoir être lésé tout entier. »

On peut encore mentionner une observation analogue de Liouville publiée en 1874 :

Dans d'autres cas, il semble que la maladie ait débuté par une atrophie musculaire, comme si la lésion frappait d'abord la substance grise de la moelle avant de se propager aux éléments similaires du cerveau. C'est à cette dernière catégorie de faits que l'on doit rattacher une observation fort instructive du professeur Ball.

Le fait que je viens de rapporter vient donc s'ajouter à une série d'autres dont je n'ai mentionné que les plus anciens ou les plus importants, et il se présente dans des conditions de netteté qui ne laissent aucun doute sur le mécanisme de l'atrophie musculaire. Celle-ci se développe suivant le procédé des myopathies spinales avec altération primitive des grandes cellules motrices de la substance grise des cornes antérieures, comme dans la paralysie infantile, ou plus justement comme dans la sclérose latérale amyotrophique, car dans cette dernière maladie, comme dans la paralysie géné-

d'étouffement suivant la théorie de M. Luys; la chose n'est certainement pas possible ici, puisque la névroglie n'est le siège que d'une prolifération insignifiante. Est-il davantage possible de ne voir autre chose que le résultat du trouble de la nutrition produit par la lésion vasculaire, alors que celle-ci est réduite à un minimum, tandis que les altérations des cellules nerveuses sont si profondes? Non, évidemment, cette explication ne peut être admise, et il faut en venir à la théorie de l'encéphalite parenchymateuse, à la théorie de la lésion primitive des cellules nerveuses, que j'ai déjà soutenue l'an dernier à ce congrès et qui est conforme aux recherches de Friedmann, de Ziegler, de Kronthal, de Pierret, de Klippel, dont je rappellerai le mémoire important paru l'an dernier dans ce recueil.

J'arrive maintenant à une remarque, à laquelle j'attache la plus grande importance; c'est que dans ce cas on rencontrait la lésion, dans l'encéphale, aussi bien dans les grandes que dans les petites cellules, et que dans la moelle, si la lésion atrophique était prédominante à la région cervicale, dans la corne antérieure gauche de la substance grise, on la rencontrait aussi, quoique à un moindre degré, dans la corne antérieure droite, ainsi que dans les cornes postérieures.

De sorte que dans la moelle, ainsi que dans le cerveau, toutes les cellules nerveuses, grandes et petites, psychiques, motrices, sensitives ou autres, sont atteintes primitivement par une altération qui tend à les atrophier. Nous nous trouvons donc en présence d'une maladie cérébro-spinale, qui, dans la moelle comme dans le cerveau, dans toute la longueur de l'axe cérébro-spinal, est essentiellement caractérisée par une altération primitive des cellules nerveuses.

rale, il s'agit d'une atrophie subaiguë ou chronique des cellules nerveuses.

L'absence presque complète, dans le fait que j'étudie, de sclérose des faisceaux blancs, et en particulier l'absence de toute lésion des faisceaux latéraux, ne permet pas de supposer selon l'hypothèse de Grelrière, qu'il s'agit d'une sorte de complication, que la lésion cérébrale a pu déterminer des dégénérationes secondaires de la moelle, et qu'ensuite presque accidentellement, la lésion s'est propagée aux cellules des cornes antérieures, suivant un mécanisme observé assez fréquemment dans l'hémiplégie cérébrale et sur lequel je revenais dernièrement dans ces archives. C'est donc bien à une lésion primitive, à une atrophie primitive des grandes cellules motrices, que nous avons affaire dans ce cas, et c'est de cette lésion que relève l'atrophie musculaire si accusée de la main gauche.

Ce point mis en lumière, j'insisterai brièvement sur les lésions cérébrales. Les vaisseaux sont peu enflammés, les gaines vasculaires sont très dilatées, et il semble que l'on ait sous les yeux le résultat de réplétions fréquentes et prolongées des vaisseaux, de congestions répétées, n'ayant que peu retenti sur la structure des parois, non plus que sur celle de la névroglie, où l'encéphalite interstitielle est réellement fort peu accusée ; tout cela sans doute, à cause de la marche très lente de la maladie.

Peut-on réellement, dans un cas semblable, où l'altération des vaisseaux est si peu accusée, où l'encéphalite interstitielle est si peu prononcée, peut-on réellement ne voir dans les altérations des cellules nerveuses autre chose qu'une sorte

Cette conclusion s'impose d'autant plus dans le cas par-

ticulier que nous venons d'étudier, que les cordons latéraux sont restés absolument sains et que, comme je l'ai dit précédemment, on ne peut songer dans ce cas à subordonner les altérations de la moelle épinière à celles du cerveau. Cette façon de comprendre un certain nombre de cas (je me garde bien de dire tous les cas) de paralysie générale rapproche cette affection de la sclérose latérale amyotrophique, et en fait une variété de ces atrophies chroniques des cellules nerveuses décrites en 1870 par Charcot et par moi-même, dans un travail que je publiais alors en collaboration avec Duchenne de Boulogne. Ici comme toujours, quand il s'agit d'atrophie chronique des cellules nerveuses, il s'agit d'une maladie fatalement progressive, qui s'étend, qui se généralise jusqu'à ce qu'elle ait amené la mort.

C'est toujours le même système de destruction des cellules nerveuses, le même système de progression et de généralisation, le même pronostic fatal.

Une dernière remarque. Je disais dernièrement à la Société médicale des hôpitaux, en apposant le tabès à la paralysie générale que le tabès était une maladie systématisée, tandis que la paralysie générale était tout le contraire. Je reviens sur cette dernière partie de mon assertion.

La paralysie générale ne s'en prend pas, comme l'ataxie, à un système anatomique ayant une fonction physiologique bien individualisée, comme le système sensitif central, mais elle atteint un système anatomique ayant des fonctions physiologiques multiples. La paralysie générale en altérant les grandes et les petites cellules de l'encéphale, les grandes et les petites cellules de la moelle, atteint du même coup les fonctions psychiques, les fonctions motrices, les fonctions

sensitives et trophiques, et si ce n'est pas là ce qui se passe dans tous les cas que l'on réunit aujourd'hui sous la dénomination unique de paralysie générale (ce que, je le répète, je suis bien éloigné de dire) ; c'est du moins ce qui se passe dans toute une catégorie de faits qui, peut-être un jour, constitueront seuls la véritable paralysie générale. »

Cette manière d'envisager l'évolution anatomique de la maladie trouve sa confirmation dans l'observation clinique.

« Au début de la paralysie générale, dit M. le professeur Pierret, au Congrès de Lyon, 1891, que voyons-nous d'ordinaire ?

Un malade, encore est-ce exagérer que de l'appeler ainsi, un sujet, dirons-nous, qui présente tous les signes d'une hypéridéation malade.

« C'est alors que l'on voit des intelligences jusqu'alors médiocres, jeter des lueurs inusitées, des aptitudes latentes se révéler avec éclat, des souvenirs enfouis depuis longtemps dans les profondeurs des cellules nerveuses, surgir tout d'un coup avec une puissance qui flatte d'abord la famille pour la plonger bientôt dans l'inquiétude.

« Cet élan, qui marque en quelque sorte la période prodromique de la maladie, montre bien que l'élément dont la fonction est troublée est l'élément ganglionnaire, celui sans lequel il n'y a pas de pensée.

Plus tard, ces cellules surmenées donnent des

signes de fatigue; il se fait des trous dans la mémoire, le sens moral s'affaiblit, la cellule psycho-motrice elle-même fléchit. Eh bien, je le demande, si la presque totalité des symptômes de la paralysie générale s'explique par un trouble fonctionnel chaque jour plus grave des cellules nerveuses du cerveau, est-il logique de déclarer que le substratum anatomique de la paralysie générale est toujours l'encéphalite scléreuse interstitielle ?

« C'est là pourtant ce qu'affirme M. Magnan. Je ne nie pas, tant s'en faut, l'existence et même la fréquence de l'encéphalite interstitielle avec ou sans méningite chez les paralytiques généraux, mais j'affirme que cette inflammation chronique de la névroglie s'accompagne toujours de lésions cellulaires. J'affirme, en outre, que c'est uniquement en invoquant ces modifications de la fonction des cellules, que nous pouvons nous expliquer les troubles psychiques qui accompagnent l'encéphalite interstitielle.

« D'ailleurs, cette dernière lésion, pour être fréquente, n'est cependant pas indispensable.

« Nous avons tous vu de ces héréditaires prédisposés qui nous donnaient l'illusion de paralytiques généraux profondément atteints. Lasèque a pu s'y tromper et je n'hésite pas à avouer que je m'y suis trompé moi-même.

« Un beau jour ces soi-disant paralytiques ont guéri très vite et sont revenus ce qu'ils étaient avant, ni plus ni moins. Oserait-on dire que chez ces

malades une sclérose interstitielle s'est rapidement développée, pour disparaître un jour sans laisser de traces ?

« Pourrait-on prétendre d'autre part que les cellules nerveuses de ces sujets avaient cédé leur rôle aux cellules de la névroglie ? »

« Les troubles fonctionnels qui s'observent dans les paralysies générales transitoires ne peuvent s'expliquer autrement, et ils sont souvent le résultat univoque de désordres, portant sur l'apport et la composition du sang artériel, sur l'évacuation du sang veineux ou celle des excréta des éléments de la substance grise. Dans tous ces cas, il y a un véritable empoisonnement des cellules, qui n'est pas sans analogie avec celui que subissent les cellules d'un homme en état d'ivresse. »

Nous voyons donc que la théorie parenchymateuse de la paralysie générale a compté dès l'origine et compte encore aujourd'hui des défenseurs parmi les maîtres en psychiatrie et en neuro-pathologie. Si les éléments qu'on possède aujourd'hui, ne sont pas assez nombreux pour une démonstration irrévocable et définitive, nous avons la ferme conviction que c'est dans cette voie qu'il faut diriger les recherches de l'avenir pour trouver la solution anatomique des rapports de la syphilis et de la paralysie générale.

D'ailleurs, si cette théorie n'est pas absolument démontrée, elle l'est au moins en partie, et nous paraît moins hypothétique que celle qui invoque

en les séparant, les lésions dues au microbe de la syphilis et les lésions dues à leurs toxines.

« Ces lésions sont de deux espèces, dit M. le Dr Raymond, les unes qu'on peut qualifier de syphilitiques proprement dites, ont pour caractères principaux d'être diffuses, (c'est-à-dire sans localisation systématique), gommeuses, d'intéresser l'appareil vasculaire dans une mesure prépondérante, à évolution rapide, c'est-à-dire aussi promptes à éclore qu'à disparaître sous l'influence du traitement spécifique ; elles sont, en effet, essentiellement curables. Les autres, qu'on peut qualifier de banales parce que, histologiquement parlant, elles ne présentent aucun caractère spécifique qui permette de reconnaître leurs rapports avec la syphilis, ressemblent de tous points aux scléroses vulgaires, et comme celles-ci, elles résistent au traitement spécifique. Je vous ai dit qu'une théorie, qui commence à faire son chemin, représente les premiers comme procédant directement du virus syphilitique, comme étant le produit de la pullulation des bactéries pathogènes, tandis que les secondes seraient les produits d'une intoxication chronique, causée par les toxines que secrètent les bactéries de la syphilis. »

POURQUOI TOUTES LES SYPHILIS, MÊMES GRAVES, N'ABOUTISSENT PAS A LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Plus on cherche les antécédents spécifiques chez les paralytiques généraux et plus on les trouve, disent, nous l'avons vu plus haut, les partisans de la théorie syphilitique. Soit, répondrons-nous, on les rencontre souvent, très souvent même ; mais si vous voulez bien vous donner la peine de rechercher la prédisposition héréditaire, de la rechercher avec soin, avec beaucoup plus de soin que cela n'est fait dans bon nombre de vos observations, qui trop souvent ne mentionnent que la syphilis dans les antécédents de vos malades, vous la rencontrerez chez la très grande majorité des sujets.

Calmeil admet l'hérédité dans un tiers des cas.

Marcé estime que cette évaluation est au-dessous de la vérité.

Ach. Foville cite des observations dont la valeur est indiscutable.

Mais ces auteurs n'ont en vue dans les ascendants de leurs malades que les aliénés, et voilà pourquoi ils sont encore bien loin de la réalité, et pourquoi d'autres ont pu estimer les antécédents vésaniques assez rares pour croire à une simple coïncidence.

Et maintenant, il faut nous expliquer sur ce que nous entendons par prédisposition héréditaire, par hérédité neuro-pathologique. Laissons la parole aux maîtres de la Salpêtrière :

« On peut considérer l'arthritisme, dit le Professeur Charcot (leçon du 6 décembre 1887), comme formant un arbre, dont les principaux rameaux sont la goutte, le rhumatisme articulaire, certaines formes de migraine, des affections cutanées, etc.

« D'un autre côté, un arbre nerveux comprend la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, toutes les catégories de vésanies, la *paralysie générale progressive*, l'ataxie locomotrice, etc.

« Les deux arbres sont voisins, ils communiquent par les racines, et ils ont des relations tellement intimes, qu'on peut se demander quelquefois si ce n'est pas le même arbre.

« Si vous avez cette clef, vous comprendrez la plupart des phénomènes qui se passent dans les maladies nerveuses, et dont, sans cela, vous ne sauriez vous rendre compte. Quand vous vous trouvez devant un sujet atteint de névropathie, vous devez le considérer seulement comme un épisode de la maladie.

« Si vous voulez tirer des cas qui se présentent à vous, tout ce qu'ils peuvent vous enseigner, vous devez interroger les sujets conformément aux indications qui ressortent de ce schéma, vous devez rechercher s'il faut considérer l'affection dont ils sont atteints comme une branche de l'arthritisme ou comme un rameau de l'arbre des affections nerveuses.

« Les maladies nerveuses ne se transmettent presque jamais sous la même forme. Ainsi, il ne

faut pas vous figurer que l'ataxie locomotrice engendre l'ataxie locomotrice, la paralysie générale la paralysie générale. Pas du tout. L'hérédité procède là par transformations. *Un paralytique engendre un hystérique et un hystérique un paralytique.* »

Rappelons encore dans le cadre plus restreint de notre sujet quelques phrases de la leçon du même maître publiée dans le *Mercredi médical* 1892, sur un cas de paralysie générale à début très précoce.

« Tous ces cas sont remarquables par la grande facilité qu'on a à retrouver l'hérédité. Marcé avait observé déjà que l'hérédité jouait un rôle prépondérant parmi les causes prédisposantes (de la paralysie générale). Il considérait que la folie et la paralysie générale représentaient deux rameaux de la même famille, car il avait remarqué que, parmi les parents des paralytiques généraux, on rencontrait des maniaques, des mélancoliques, des monomaniaques ou des épileptiques, qui pouvaient se succéder ou alterner. Il est intéressant de noter que les mêmes dispositions héréditaires aboutissent, tantôt à des névroses, tantôt à des altérations organiques du système nerveux. »

Quant à la syphilis qui a été incriminée au nombre des causes de la paralysie générale, l'auteur est persuadé que son rôle se borne à celui de simple agent provocateur.

« Il en est de la syphilis comme de l'alcoolisme ; il n'existe pas plus, selon moi, de paralysie générale syphilitique, qu'il n'en est d'alcoolique. »

Dans une récente leçon sur la folie choréïque (21 janvier 1893), notre maître, M. le Dr Joffroy disait :

« Les dégénérés forment non pas un petit groupe restreint et isolé au milieu de l'aliénation mentale, mais une famille nombreuse dont chacun des membres se présente avec sa physionomie individuelle. Tous cependant sont réunis par un lien commun, à savoir que leur système nerveux présentant des points d'une résistance insuffisante, sera presque fatalement atteint d'un trouble organique ou fonctionnel, lorsque l'occasion se présentera. La fatalité pèse sur ces sujets.

« Ainsi comprise, la dégénérescence s'étend sur presque toute la pathologie mentale, sur la plupart des affections nerveuses et aussi sur la plupart des maladies dues à un trouble de la nutrition : arthritisme, diabète, rhumatisme chronique, goutte.

« Les choréïques sont des dégénérés chez qui la malformation de l'appareil moteur est latente, jusqu'au jour où une cause variable viendra la mettre en activité. Au point de vue pathogénique, la chorée peut être rapprochée du tabès. Il y a lieu également de rapprocher la chorée de la paralysie générale qui implique, elle aussi une malformation cérébrale latente qui ne se manifestera que le jour où une cause variable, (syphilis, alcoolisme, surmenage, etc.), viendra la mettre en activité. Pour la chorée, cette cause variable sera : ou le rhumatisme (et cela est assez fréquent pour que l'on ait pu croire à la

nature rhumatismale de la chorée), ou une pneumonie, une grippe, une fièvre typhoïde, quelquefois la chlorose, le surmenage. Mais peu importe que ce soit l'une ou l'autre de ces causes, peu importe encore que l'une de ces causes soit plus active que l'autre, il ne s'agit là que d'une cause déterminante et il n'y a pas plus une chorée rhumatismale, une chorée pneumonique, une chorée typhique, etc., qu'il n'y a une paralysie générale syphilitique, alcoolique, saturnine, etc.

La chorée est une, comme la paralysie générale est une. »

Ces conclusions qui jettent une grande lumière sur nombre de questions, sans elles si obscures, ressortent d'une façon assez nette de la parole des maîtres, pour que nous n'insistions pas plus sur une théorie, qui de prime abord, entraîne profondément notre conviction. Remarquons cependant que cette conception si large et si belle de l'hérédité neuro-pathologique n'est pas seulement une vue de l'esprit ; ses auteurs ne sont pas seulement des théoriciens et des savants, ce sont aussi et peut-être surtout des cliniciens, des anatomo-pathologistes. Elle est basée sur un nombre immense et chaque jour croissant d'observations tellement démonstratives, de documents humains tellement typiques, qu'il suffit de parcourir les uns et d'interroger quelque peu les autres pour se sentir à jamais convaincu.

Et si malgré tout, quelqu'un voulait persister à la ranger au nombre des hypothèses séduisantes, d'ail-

leurs, nous aurions le droit de lui rappeler qu'une hypothèse acquiert la valeur d'une loi expérimentale, lorsqu'elle explique tous les faits et qu'elle n'est en contradiction formelle avec aucun.

En va-t-il ainsi avec la théorie syphilitique de la paralysie générale?

Evidemment non ; quelques faits d'observation pure et simple, mais gros de conséquences contre la valeur d'une hypothèse impuissante à les expliquer, suffisent à l'établir :

Parmi les sujets atteints de syphilis tous ne sont pas atteints dans leur système nerveux ; M. Mauriac estime même que c'est l'exception. Combien sont atteints du syndrome paralytique ? Extrêmement peu relativement au nombre des syphilitiques. Lewin à la Charité de Berlin n'en aurait pas rencontré 1 sur 20.000, ce qui nous semble cependant quelque peu exagéré.

Combien d'ataxies locomotrices, combien d'accidents cérébraux vulgaires, d'ordre purement moteur ou sensitif, sans manifestations psychiques ?

Certainement très peu ; toujours relativement ; cependant nous ne connaissons pas de statistiques donnant une réponse à ces diverses questions. Mais peu importe, il suffit pour nous que parmi les sujets spécifiques, les uns soient atteints et les autres pas.

D'un autre côté, si nous nous bornons simplement à considérer les syphilitiques atteints dans l'ordre psychique. Comment se fait-il que nous

trouvons parmi eux des paralytiques généraux, des déprimés neurasthéniques, des maniaques, des mélancoliques ?

Comment se fait-il que les autres sujets spécifiques, le plus grand nombre, ceux-là : ne présentent aucune atteinte à leur système nerveux ?

A cela il est évidemment une raison, et cette raison, la théorie syphilitique de ces maladies est dans l'impossibilité de nous la fournir.

Mais si, au lieu de nous enquérir seulement de la syphilis, nous cherchons avec soin dans les antécédents familiaux de nos malades nous trouverons à un degré plus ou moins rapproché, un épileptique, un aliéné, un hystérique, un goutteux, un des membres enfin de la grande famille neuro-pathologique.

« Choisissons, au contraire, nous disait dernièrement notre maître, M. le D^r Joffroy, un sujet indemne de toute tare neurotique et dont le cerveau ne présente pas de points de moindre résistance ; exposons-le à toutes les causes reconnues de la maladie de Bayle et donnons-lui encore la syphilis ; nous n'en ferons jamais un paralytique général. »

Résumons en quelques propositions les conclusions qui ressortent de l'ensemble de notre travail :

1^o Les statistiques actuellement publiées sont insuffisantes pour établir que tous les paralytiques généraux sont d'anciens syphilitiques.

2^o Les pseudo-paralysies générales étant mises de côté, ni les symptômes, ni la marche de la maladie,

ni les résultats du traitement ne peuvent nous faire distinguer un paralytique général syphilitique d'un autre non syphilitique.

3° Dans l'état actuel de la science, les recherches anatomo-pathologiques ne sont pas non plus assez avancées pour nous fournir le critérium désiré.

4° Seule, la théorie de l'hérédité neuro-pathologique telle que nous l'avons exposée, théorie édifiée sur un grand nombre d'observations, qui explique tous les faits, qui n'est en contradiction formelle avec aucun, doit, en attendant une consécration anatomique définitive, être considérée comme la loi qui préside à l'éclosion de la paralysie générale, syphilitique ou non, comme elle préside d'ailleurs à la genèse des autres maladies du système nerveux.

Vu par le Président de la thèse,
BROUARDEL.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

